

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

189

Année 1907

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 mars 1907, à 1 heure

Par **Félix PFLIEGER**

Né à Médéah le 9 novembre 1884
Ancien interne des hôpitaux de Besançon

GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

DANS

LE CAS DE FOETUS VOLUMINEUX

Président : M. POZZI, professeur.

*Juges : { MM. LE DENTU et DE LAPERSONNE, professeurs.
BRINDEAU, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

189

Année 1907

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 mars 1907, à 1 heure

Par **Félix PFLIEGER**

Né à Médéah le 9 novembre 1884
Ancien interne des hôpitaux de Besançon

GROSSESSE & ACCOUCHEMENT

DANS

LE CAS DE FOETUS VOLUMINEUX

Président : M. POZZI, professeur.

*Juges : { MM. LE DENTU et DE LAPERSONNE, professeurs,
BRINDEAU, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTES

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Operations et appareils		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.		SEGOND
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Maladies des enfants		LANDOUZY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.		GAUCHER.
		RAYMOND.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	}	N.....
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.
Agrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE
BRANCA	FAURE	MAILLARD
BEZANÇON	GOSSET	MARION
BRINDEAU	GOUGET	MAUGLAIRE
BROCA (ANDRÉ)	JEANSELME	MERY
CARNOT	LABBE	MORESTIN
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI
CUNEO	LAUNOIS	PROUST
DEMELIN	LEGRY	RENON
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD
		RIEFFEL (chef des trav. anat.)
		TEISSIER
		THIROLOIX
		VAQUEZ
		WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE BESANÇON
ET DE
LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA

Parvenu à la fin de mes études, c'est avec plaisir que, me conformant à l'usage, je témoignerai ici de toute la reconnaissance que j'éprouve pour les maîtres auxquels je dois tout ce que je sais.

Inscrit tout d'abord à l'École de Médecine de Besançon, c'est à mes premiers maîtres en cette ville que j'adresserai mes premiers remerciements.

Ancien interne des hôpitaux de Besançon, je ne saurais oublier non plus, la bienveillance toute spéciale que témoignèrent à mon égard les distingués médecins et chirurgiens de cet établissement : en particulier MM. les D^{rs} GAUDERON et ROLAND, professeurs à l'École de Médecine, ont droit à ma très profonde reconnaissance.

A la Faculté de Médecine de Paris, ma gratitude ira tout d'abord aux éminents chefs de service, chez lesquels je fis mes stages d'accouchements et de spécialité ; elle ne s'adressera plus, hélas ! qu'à la mémoire de M. le professeur BUDIN, dont la perte est si vivement déplorée de tous ses élèves, qui avaient su apprécier en lui l'homme de bien et le maître éminent.

Je ne puis que protester de mon dévouement envers M. le D^r DEMELIN, professeur agrégé à la Faculté, qui

voulut bien se montrer à mon égard d'une très grande bienveillance.

Je ne saurais oublier M. le D^r COMBY dans le service duquel je fis mon stage aux Enfants-Malades. L'affluence des étudiants à ses cliniques familières au lit des malades, à ses consultations du mardi et du jeudi, montrent combien on apprécie en lui le clinicien sûr, le thérapeute avisé et pratique.

Enfin je me permettrai de bien vivement remercier M. le professeur POZZI, conscient du grand honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude de la grossesse et de l'accouchement dans le cas de fœtus volumineux, il me semble utile de définir ce que j'entends par ces mots : J'ai choisi, un peu arbitrairement peut-être, le chiffre de 4.500 grammes comme limite inférieure en poids des fœtus de l'accouchement desquels j'ai voulu étudier les particularités.

Le poids moyen du nouveau-né à sa naissance est donné dans tous les traités et manuels d'obstétrique comme se rapprochant de 3.200 à 3.500 grammes ; il varie un peu avec chaque auteur ; c'est ainsi qu'en Allemagne, Veit donne les chiffres de 3.250 grammes pour les garçons et 100 grammes de moins pour les filles ; Hecker donne les chiffres respectifs de 3.310 grammes et 3.230 ; Schröder celui de 3.179. Scanzoni donne un poids moyen plus élevé ; pour lui ce poids serait de 3.530 grammes. En France Budin et Demelin donnent le poids de 3.250 grammes comme répondant à la moyenne des observations ; Ribemont-Dessaigne et

Lepage de 3.000 à 3.500 grammes. Il me semble donc que jusqu'à 4.500 grammes le poids n'ait rien d'excessif ; d'ailleurs le nombre des fœtus dont le poids varie de 3.500 à 4.500 grammes est assez grand, et au point de vue obstétrical, ils ne semblent pas présenter de particularités bien marquées sur les fœtus de poids ordinaire. Par contre le nombre des nouveau-nés pesant plus de 4.500 grammes est restreint, très restreint. M. le Dr Demelin a bien voulu me permettre de consulter les registres de la clinique Tarnier et dans les années allant de 1898 à 1906, soit huit ans, j'ai trouvé sur un total de 12.800 accouchements environ, 74 cas seulement d'enfants pesant plus de 4.500 grammes, soit environ 5.77 0/00, une moyenne d'un peu moins de 10 cas par an. Varnier (in *Obstétrique journalière*) arrive à un chiffre à peu près semblable et donne 53 enfants nés à la clinique Baudelocque en six ans, de 1890 à 1896.

D'ailleurs ce chiffre de 4.500 grammes est de beaucoup dépassé dans certains cas et l'on a d'assez nombreuses observations relatant la naissance d'enfants pesant 5.000 grammes et plus. Je me permettrai d'en citer quelques-unes :

La plus extraordinaire est celle d'Ortega de Buenos-Ayres : il s'agissait d'une jeune femme de taille et de poids respectable (105 kilos) en travail depuis trente-six heures. L'enfant était mort et macéré. Après d'inutiles tentatives d'extraction au forceps, Ortega ayant fait pénétrer ses deux mains dans l'excavation, heureusement très ample, s'en servit comme de forceps et

parvint, au prix d'efforts inouïs, à extraire un enfant de 11.300 grammes, long de 70 centimètres.

Rachel et Neumer rapporte le cas d'un fœtus qu'on ne put, même après éviscération, extraire par les voies naturelles ; on dut pratiquer l'opération césarienne ; l'enfant, complètement exsangue, pesait 22 livres 1/2, ce qui suppose, avec le sang, un poids de 23 à 24 livres.

L'observation de Beach n'est pas indigne de se placer à côté des cas précédemment cités : la parturiente s'exhibait dans les foires sous le nom de « Géante de la Nouvelle-Écosse », elle avait plus de 2 m. 30 de taille et son mari plus de 2 m. 10. Un premier accouchement, six ans auparavant, avait amené un enfant de 18 livres, long de 24 pouces. Dans le deuxième, on assista à la naissance d'un enfant de 23 livres 3/4 anglaises, soit 10.750 grammes, long de 30 pouces. Cefait, il est vrai, tout extraordinaire qu'il paraisse, peut sembler normal, vu la taille des parents ; tout au moins était-il naturel, étant donné de tels procréateurs, de s'attendre à un produit sortant de la moyenne.

A côté de ces cas peu communs, j'en pourrais citer d'autres plus modestes, respectables cependant, rapportés par Olano (enfant de 10.000 gr.), Kysin, cité par Tarnier et Budin (9.800 gr.), Perrins (8.940 gr.), Brechin (8.330 gr.), Trumbull (8.260 gr.), Dale (8.146 gr.), Slaughter (8.000 gr.) ; Bradley rapporte le cas d'un enfant, garçon vivant, qui pesait 18 livres anglaises, 6 onces ; Meadows celui d'un enfant de 18 livres 2 onces, Rice d'un de 20 livres 2 onces. Quelques auteurs anglais et américains (Looper, Owens, Edwards, Woodward, Ben-

nett, Brothers) citent des faits tout aussi extraordinaires.

Certains auteurs allemands ont relaté des faits du même genre. Ils sont moins nombreux cependant.

« Les poids de 4.000 grammes, dit Spiegelberg, rares en soi, sont pleins d'intérêt ; mais, en général, on ne doit accepter que sous les plus grandes réserves les récits d'accouchement d'enfants pesant plus de 5.000 gr. » Le plus gros fœtus que Spiegelberg ait accouché dans sa clinique pesait 5.200 grammes, et dans sa pratique privée, il a extrait un nouveau-né de 6.000 grammes.

Hecker en a observé un de 5.500 grammes et cela sur 1096 enfants qu'il a accouchés ; Von Häselberg un de 10 livres 12 onces. Winckel, dans son *Traité d'obstétrique*, dit : « Le poids peut varier de 2.700 à 5.400 grammes, mais ce dernier chiffre n'est atteint qu'exceptionnellement ; à Munich, de 1884 à 1886, on a noté, sur 3.000 naissances, 46 enfants seulement, soit 23 0/0, dont le poids dépassait 4.000 grammes et le plus lourd était une fille pesant 4.700 grammes. » Von Hackermann rapporte l'observation d'une fille nouveau-née, pesant 6 kgr. 1 2. Eberhardt (de Cologne) cite un cas très intéressant d'un fœtus pesant 5.950 grammes, long de 59 centimètres. Von Hollenköln celui d'un enfant de 13 livres extrait par version. Grätzer dit qu'au musée d'anatomie de Breslau se trouve un nouveau-né pesant à la naissance 8.250 grammes et mesurant 62 centimètres de long.

En France, Levret dit avoir pu, au moyen d'une simple application de forceps, amener un fœtus pesant « près de 25 livres, poids de médecine ». Baudelocque

raconte avoir reçu un enfant pesant 13 livres moins un quart. Cazeaux cite le fait extraordinaire observé par Riembault en 1849 ; il s'agissait d'un nouveau-né de 9 kilos, long de 64 centimètres. Aug. Martin a pesé un enfant de 7.470 grammes, encore manquait-il le cerveau et la voûte du crâne, l'embryotomie céphalique ayant été pratiquée. Pinard a procédé en ville à l'extraction d'un enfant de 7.250 grammes. Maygrier a rapporté dans le *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, l'observation d'un enfant du sexe féminin, né par le siège et pesant 6.750 grammes, longueur totale 58 centimètres. Enfin, Luneau cite un cas de 5.750 grammes avec hypramnios, Jacquemier un de 5.500 et Stoltz a rapporté dans la *Gazette médicale de Strasbourg* l'observation d'un enfant pesant 5.600 grammes, long de 64 centimètres.

Je ne veux pas insister plus longtemps, d'autant que je donne à la fin de cette thèse quelques-unes des observations précédentes ; ne voulant pas les citer toutes, je donne dans la bibliographie le titre des journaux ou revues dans lesquels on pourra les retrouver. Dans ce travail, tout en tenant compte des observations des auteurs précédemment cités, je me rapporterai surtout aux cas observés à la clinique Tarnier, et c'est surtout en me basant sur eux que j'étudierai la marche de la grossesse et de l'accouchement dans le cas d'excès de volume du fœtus.

ÉTIOLOGIE

On a invoqué de nombreuses causes permettant d'expliquer le développement excessif de l'œuf ; on comprend du reste facilement que ces causes doivent être multiples et qu'elles peuvent se combiner, pour influencer plus ou moins directement la formation du fœtus. C'est ainsi qu'on a fait intervenir comme facteurs : l'hérédité, le sexe de l'enfant, la durée de la grossesse, la multiparité, l'âge de la mère et tous les incidents qui peuvent survenir pendant la gestation. Examinons-les plus en détail.

1° INFLUENCE DE L'HÉRÉDITÉ. — La constitution du père aurait une importance sérieuse, capitale, exclusive même pour La Torre, qui déclare : « La taille, le poids, l'état de santé de la mère n'influent en rien sur l'accroissement de santé de son produit. Dans l'état de santé du père, ce sont la taille, la largeur des épaules, le volume de la tête qui exercent le maximum d'influence sur le développement du fœtus. L'assertion que les enfants de multipares sont cliniquement plus

gros et plus à craindre, n'est pas soutenable. De toutes les prétendues conditions admises jusqu'à ce jour comme aptes à favoriser ou à entraver le développement du fœtus, il n'en est pas une qui résiste et conserve une influence sérieuse, en comparaison d'une maladie constitutionnelle du père. »

L'influence de la constitution du père était d'ailleurs admise par beaucoup d'anciens accoucheurs et l'un d'eux recommandait même aux mères de ne pas donner leurs filles en mariage à des hommes aux épaules larges, de crainte de difficultés dans les accouchements futurs.

Néanmoins l'hérédité ne s'exercerait pas seulement du côté paternel ; elle pourrait aussi provenir de la mère, et c'est ainsi qu'Alb. Marx fait intervenir l'état de nutrition de la mère (*Ernährungszustand*). De même Gessner et Frankenhæuser (*Monatschr. f. Geburtskunde*, Bd. 19 et 13) croient à l'influence de la taille de la mère. Du reste, dans les observations citées à la fin de ce travail, cette influence se remarque plusieurs fois, particulièrement dans l'observation d'Ortega, dans celle de Beach. En revanche l'observation V (Delépine) nous montre un enfant très volumineux, si volumineux même qu'on dut pratiquer l'embryotomie, né d'une mère petite et de mine chétive.

2° INFLUENCE DU SEXE. — Elle est indéniable. C'est presque une banalité, en tous cas il est admis par tout le monde, que les enfants du sexe masculin sont, en général, en naissant, d'une corpulence supérieure à celle des filles. « Les fœtus mâles sont plus volumi-

neux que les féminins, et nécessitent plus souvent une intervention » disait Simpson ; et, en effet, sur les 74 cas d'enfants de plus de 4.500 grammes, que j'ai relevés à la clinique de Tarnier de 1898 à 1905, je trouve 57 garçons contre 17 filles, soit une proportion de 3 garçons pour 1 fille.

3° INFLUENCE DE LA PARITÉ. — En France, la multiparité est généralement admise comme ayant une influence favorable sur le développement de l'œuf, et l'on considère le plus souvent les enfants des multipares comme présentant un poids plus grand que ceux des primipares. Du reste, si je m'en rapporte toujours aux 74 cas précités, je ne trouve que 9 primipares ; toutes les autres sont multipares, et le plus souvent de grandes multipares, qui en sont, par exemple, à leur douzième grossesse (enfant de 4.730 gr. obs. de la clinique, n° 946-1898), à leur quatorzième (enfant de 4.800 gr., n° 244-1899), à leur quinzième grossesse (enfant de 4.510 gr., n° 1531-1900). Le n° 1313-1901 accouche à sa quatorzième grossesse d'un enfant de 4.560 grammes, le n° 1017-1903 en est à son douzième accouchement et son enfant pèse 4.775 grammes, etc...

4° INFLUENCE DE LA GROSSESSE. — La gestation, en elle-même, peut influencer de diverses façons : par sa durée, tout d'abord. Lorsqu'elle se prolonge au delà du terme normal, elle donnerait des enfants plus volumineux et c'est ainsi que je lis dans le *Traité d'accouchements* de Tarnier et Budin : « La prolongation de la grossesse au delà des limites habituelles favorise l'augmentation du volume de l'enfant. Budin a vu deux

faits de ce genre, chez une même femme ; l'un des enfants pesait 5.070 grammes et l'autre 5.090. Chaque grossesse avait duré près de dix mois. »

Le professeur Pinard accorde une influence sérieuse au repos de la mère pendant sa grossesse, surtout pendant les derniers jours (puériculture intra utérine).

Le professeur Depaul faisait intervenir l'alimentation de la mère pendant cette même période, et dans certains cas où il y avait intérêt à ne pas avoir d'enfant volumineux, il n'hésitait pas à modifier le régime alimentaire de la femme enceinte, dans l'espoir de nuire au développement du fœtus ; c'est ainsi qu'il diminuait la quantité de nourriture et pratiquait plusieurs saignées.

A côté de tous les facteurs précédents, on a attribué de l'importance à l'âge de la mère (Lusk). Cette opinion est admise également par Schröder, qui, dans son *Lehrbuch für Geburtshilfe* déclare : « Das gewicht der Kinder nimmt mit dem Alter der Mutter, und besonders mit der zunehmenden Anzahl der vorausgegangenen geburten zu. » Duncan et Hecker font aussi intervenir l'âge de la mère, et c'est ainsi qu'une femme aurait des enfants croissant en poids, jusqu'à ce qu'elle atteigne 40 ans.

Enfin l'âge sexuel de la femme aurait un certain intérêt et Negri cite l'époque où la menstruation aurait apparu comme agissant sur le développement de l'œuf ; se basant sur 333 observations, il déclare que plus la femme aura été menstruée de bonne heure, plus ses enfants seront gros et lourds.

Quant à l'hérédité pathologique comme facteur étio-

logique des gros œufs, M. Maygrier (voir l'observation citée à la fin) attire l'attention dans ce cas particulier, sur la glycosurie de la mère. Dubois, dans sa thèse, citant une observation de Pinard, parle de la syphilis comme facteur possible, et en effet, à côté de certains cas où la femme ne présente aucun stigmaté de vérole, on peut remarquer des cas où le placenta, d'un poids considérable, se signale par une disproportion très notable avec les dimensions du fœtus, même très volumineux.

ÉTUDE DE LA GROSSESSE

La grossesse, dans le cas d'excès de volume du fœtus, se passe généralement bien ; au début, on ne peut naturellement pas encore soupçonner le genre d'anomalie que va présenter la femme enceinte ; mais, plus tard, les complications qui pourront survenir, seront du même ordre que celles qui surviennent dans le cas d'utérus surdistendu, c'est-à-dire dans le cas de grossesse gémellaire ou d'hydramnios.

On pourra donc se trouver en face d'une femme qui présentera les particularités suivantes :

L'abdomen est gros, volumineux, tendu ; de nombreuses vergetures le sillonnent et la femme note elle-même une différence sensible avec ses grossesses antérieures ; c'est qu'en effet, outre le volume exagéré de l'enfant, il peut y avoir, en même temps, coexistence d'un certain degré d'hydramnios, complication assez souvent notée dans le cas qui nous occupe ; cet hydramnios peut constituer un phénomène pathologique, pou-

vant provenir par exemple, d'une syphilis de la femme et s'accompagnant comme on l'a vu au chapitre Etiologie de placenta volumineux ; mais il faut tenir compte aussi de ce fait que l'on est en présence d'un œuf plus volumineux que d'ordinaire, et, par suite, en même temps qu'il y a développement exagéré de l'enfant, il y a formation exagérée de liquide amniotique ; bref, il y a gros œuf.

Par suite, l'utérus, avec son contenu anormal, d'un poids excessif, a, tout naturellement, tendance à basculer en avant ; d'autant que, comme il s'agit de multipares, les parois abdominales, relâchées par des grossesses antérieures, offrent une moins grande résistance à la poussée en avant produite par la matrice ; par suite, la sangle abdominale ne pouvant suffire à contenir un organe gestateur aussi lourd et aussi volumineux, pourra présenter un certain degré de relâchement, allant même jusqu'à l'éventration (voir en particulier l'observation IV).

Les troubles respiratoires seront naturellement plus accusés que dans une grossesse ordinaire ; l'utérus, remontant plus haut, comprime le diaphragme et empêche le jeu de la respiration de se faire couramment ; la femme s'en aperçoit ; elle se sent plus gênée, présente de l'essoufflement, de la dyspnée, se croit arrivée à terme, alors qu'elle en est encore éloignée d'un ou deux mois.

Il en sera de même des troubles circulatoires, et dans la plupart des observations que j'ai citées à la fin de ce travail, on a noté souvent de l'œdème des mem-

bres inférieurs ; il se produit en même temps de l'œdème sus-pubien ; enfin on remarque la coexistence de varices très développées, tant aux jambes qu'aux organes génitaux externes.

Bué attire l'attention sur la possibilité de troubles des fonctions digestives et l'existence assez fréquente de vomissements à la fin de la gestation.

L'auto-intoxication gravidique serait également plus fréquente qu'à l'état normal ; c'est en effet assez souvent que l'on observe, dans le cas de fœtus volumineux, la présence, au cours de la grossesse, d'albumine dans les urines ; cette albuminurie peut être plus ou moins intense ; elle disparaît si l'on fait suivre à la femme un régime lacté ; mais ceci a une certaine importance au point de vue de l'accouchement ; on sait, en effet, que les tissus des albuminuriques sont des tissus de mauvaise qualité, qui présentent une tendance toute particulière à se déchirer au cours de l'accouchement ; à plus forte raison, quand le travail traîne en longueur, que le fœtus a des diamètres disproportionnés avec ceux de la filière pelvigénitale de la parturiente ; ils peuvent ainsi être la source d'hémorragies graves, ainsi, du reste, que nous le verrons plus loin.

Enfin, certains auteurs ont admis, au nombre des conditions habituelles du décollement prématuré du placenta inséré en lieu normal, le volume exagéré du fœtus.

Toutes ces complications mises à part, la grossesse étant parvenue à son terme, à ce moment le fœtus est le plus souvent dans une situation longitudinale, l'ex-

cès de volume ne favorise nullement une présentation transversale, et le sommet reste de beaucoup la présentation la plus fréquente. La grande majorité des observations que j'ai recueillies, nous montre des présentations normales, occipito-iliaque gauche antérieure ou droite postérieure; l'observation XVI montre une présentation de la face en mento-iliaque droite postérieure; néanmoins on a observé quelques présentations du siège (V. Observations V et XIV, siège décomplété, mode des fesses).

Quant à l'engagement, il ne tend nullement à se faire avant le début du travail. La tête, dont les diamètres sont élargis, débordent plus ou moins la symphyse pubienne, et reste, ainsi que le montre le palper, mobile au-dessus du détroit supérieur.

DIAGNOSTIC AU COURS DE LA GROSSESSE.

L'interrogatoire peut apporter certains renseignements pour le diagnostic des gros œufs; c'est ainsi que la femme pourra apprendre à l'accoucheur que ses grossesses antérieures se sont terminées par l'expulsion d'enfants volumineux, amenant un travail long et pénible; en outre, à la fin de la grossesse, l'interrogatoire, nous apprenant la date des dernières règles, peut, dans certains cas, faire présumer une gestation qui se prolonge au delà du terme normal; mais on sait combien il faut se méfier de ces soi-disant prolongations de la grossesse.

L'inspection permettra de constater un ventre volumineux, et c'est alors qu'il faut faire le diagnostic avec toutes les autres causes d'utérus volumineux, auxquelles nous devons songer à ce moment : l'hydramnios, la grossesse gémellaire, l'ascite, les tumeurs abdominales (fibromes, kystes de l'ovaire, etc...) pouvant compliquer la grossesse, le tympanisme intestinal, la phyxométrie, la rétention d'urine...

Le palper sera d'un grand recours et c'est lui surtout qui guidera le diagnostic ; néanmoins, il peut y avoir, et on l'a noté souvent, une surcharge graisseuse des parois abdominales, de l'œdème sus-pubien, toutes causes qui rendent l'examen difficile, parfois même impossible.

On pourra essayer de mesurer les diamètres de la tête, suivant la méthode du D^r Perret. Cette méthode, préconisée dans le cas de rétrécissement du bassin, convient tout naturellement, au cas présent ; en effet, la dystocie, si dystocie il y a, est de même ordre ; il existe une disproportion entre la partie fœtale qui tend à s'engager et les diamètres du bassin de la mère.

Ahlfeld a préconisé une autre méthode de mensuration du fœtus ; il se sert d'un compas de Baudelocque dont il introduit, par le vagin, et applique une branche sur le segment inférieur (pôle inférieur du fœtus) : il applique l'autre branche sur le pôle supérieur de l'œuf ; la distance entre les deux branches donne à peu près la moitié de la longueur fœtale. Étant donnés les rapports entre la longueur fœtale et son volume, Ahlfeld

déduit de sa mensuration l'état de développement de l'enfant.

L'auscultation permet de faire entendre un foyer maximum des bruits du cœur plus distant que d'ordinaire de la symphyse pubienne ; mais ce ne peut être là un signe sûr, caractéristique ; il ne fait que confirmer les résultats fournis par le palper.

ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT

Le volume exagéré du fœtus peut être considéré comme constituant par lui-même une cause de dystocie. Il est en effet évident, au premier abord, qu'étant donnés un bassin de dimensions ordinaires et un fœtus d'un volume anormal, ce fœtus devra se comporter de la même façon par rapport au bassin, que dans le cas où l'on a affaire à un fœtus de volume moyen, mais où le bassin présente un certain degré de rétrécissement. Les difficultés de l'accouchement, quand elles se produisent, ont lieu du fait de la disproportion dans les dimensions relatives de l'enfant et de la filière pelvienne.

Ceci dit, je n'ai point à entrer dans l'explication du mécanisme de l'accouchement, je parlerai seulement des particularités qu'il présente dans le cas qui nous occupe. Trois régions du fœtus peuvent par leur extrême développement constituer des obstacles à la terminaison rapide de l'accouchement. Ces trois régions

sont : la tête, les épaules, les hanches. Examinons les séparément.

1° *L'obstacle est constitué par la tête.* — Un enfant volumineux n'a pas fatalement une tête très grosse, Ceci a été remarqué depuis longtemps et je ne saurais mieux faire que de citer ici Jacquemier qui avait observé déjà que « les fœtus dont le volume est très considérable et en quelque sorte anormal, diffèrent beaucoup par leur constitution et leur aspect général, des fœtus dont le volume ne dépasse pas des limites normales ou reste au-dessous. De prime abord, on est frappé de la prédominance de certaines parties sur d'autres, du tronc sur la tête chez les premiers, qui rappellent la forme athlétique, quoique la tête soit également forte ; de la prédominance de la tête sur le tronc chez les seconds, qui représentent dans leur ensemble une espèce de cône allongé. »

Et encore, si on a affaire à une grosse tête, il arrive assez souvent que l'ossification de cette grosse tête soit peu avancée, qu'elle permette par suite une réductibilité assez grande des différents diamètres céphaliques, de sorte qu'il arrivera ce que différents auteurs ont constaté, à savoir que, de deux têtes de fœtus de même âge, ce sera souvent la tête la plus petite qui cause le plus d'ennuis, car c'est très souvent, en même temps, la tête la plus ossifiée, la plus dure, par suite la moins réductible.

A plus forte raison, quand le fœtus est mort et macéré, la tête n'offre-t-elle que des difficultés médiocres à son expulsion.

On se rendra compte de la facilité relative de l'accouchement de la tête en se reportant aux observations qui suivent.

Du reste, si la tête, le plus souvent, est expulsée facilement, cela s'explique, si l'on considère, par exemple, que l'enfant si volumineux de l'observation rapportée par M. Maygrier, avec son poids de 6.750 grammes, n'avait un diamètre sous occipito-bregmatique qui ne mesurait que 9 cm. 5; de même (observation X) un enfant de 4.950 grammes a un diamètre S. O. B. = 9 cm. 3 et (obs. XII) chez un enfant de 5.050 grammes, on note un diamètre S. O. B. = 9 cm. 7.

2° *L'obstacle est constitué par les épaules.* — Ici la difficulté est plus réelle et plus sérieuse; en général c'est par l'augmentation du diamètre bisacromial que se traduit le plus souvent l'excès de volume du fœtus; et Jacquemier a particulièrement bien attiré l'attention des accoucheurs sur cette cause spéciale de dystocie. Cette difficulté du passage des épaules peut exister avec un fœtus de poids moyen, mais avec un diamètre bisacromial large; à plus forte raison trouvera-t-on un obstacle sérieux quand il s'agit d'enfants dépassant de beaucoup la moyenne d'un nouveau-né à terme.

La difficulté du passage des épaules se comprend facilement; le bisacromial étant trop large, tandis qu'une de ses extrémités prend appui sur le sacrum, l'extrémité antérieure vient déborder la symphyse pubienne, elle s'accroche, et constitue, en s'y arc-boutant, un empêchement presque absolu à la sortie de l'enfant; cet empêchement n'a, du reste, aucune ten-

dance à disparaître spontanément ; au contraire les contractions utérines, les efforts de la mère, les tractions de l'accoucheur ne peuvent qu'accentuer la difficulté.

Cette augmentation du diamètre bisacromial peut atteindre un haut degré, au point que l'on arrive à trouver des chiffres comme ceux de 19 centimètres (obs. I), 18 centimètres (obs. IV), 17 cm. 6 (obs. XVI). C'est surtout sur le passage des épaules qu'insistent les diverses observations citées, ce passage ayant donné lieu aux plus grands ennuis.

C'est justement pour parer à pareil accident que de nombreux accoucheurs, Jacquemier en tête, ont imaginé divers procédés pour supprimer l'obstacle de l'épaule antérieure ; j'y reviendrai au chapitre du traitement.

3° *L'obstacle est constitué par les hanches.* — J'arrive enfin au dernier obstacle que peut présenter le fœtus : les hanches. En général le dégagement des hanches ne présente aucune difficulté ; surtout lorsque l'enfant s'étant présenté par le sommet, la filière pelvigénitale de la mère a déjà donné passage à la tête et aux épaules du fœtus.

Mais il peut y avoir présentation du siège ; et en particulier M. Maygrier a publié une observation d'accouchement par le siège d'enfant pesant 6.750 grammes.

Dans l'observation de Cazeaux, la version podalique par manœuvres internes ayant été faite, les hanches constituaient le premier obstacle au passage à travers le bassin, et l'observation XIV nous montre une pré-

sentation du siège en SIGA. Dans ces cas, comme la voie n'a pas été ouverte au passage du bitrochantérien, c'est ce dernier qui doit se frayer un chemin.

Or dans l'observation IV on peut lire : « le siège ne tendant nullement à s'engager, le D^r Maréchal introduit la main dans le vagin pour tenter de défléchir un pied ; n'y pouvant parvenir, il se fait remplacer par la sage-femme qui, à grand peine, finit par défléchir la jambe droite et amener un pied à la vulve.

« Les contractions sont incessantes ; les efforts de la mère sont énergiques, mais restent infructueux ; on se décide alors à exercer des tractions sur le membre inférieur du fœtus pour dégager le tronc et on constate dès ce moment les dimensions énormes de l'enfant.

« Il a fallu deux heures d'efforts vigoureux et continus pour extraire les deux membres inférieurs, le siège et le tronc. Après quelques minutes de repos, on achève le dégagement du reste du corps, etc... »

En résumé, le diamètre bitrochantérien peut donc offrir à l'accoucheur des difficultés assez sérieuses pendant le travail. Dans l'observation XIV, où l'enfant il est vrai avait un poids moindre, le dégagement du siège s'est opéré assez facilement. Heureusement l'accouchement par le siège dans le cas de fœtus excessivement volumineux est assez rare ; et le plus souvent, comme il s'agit de présentation de l'extrémité céphalique, les voies génitales de la mère, ayant déjà livré passage à la tête et aux épaules, laissent passer sans difficulté le diamètre bitrochantérien et la circonférence qui lui correspond.

Complications de l'accouchement.

Je viens de parler de la difficulté du passage des diverses parties du fœtus volumineux. Cette difficulté entraîne naturellement pour la parturiente diverses conséquences dont quelques-unes peuvent être très graves. Le travail peut traîner en longueur, et c'est ainsi qu'on peut voir des femmes restant en travail pendant de longues heures, des journées entières. Ainsi, dans l'observation de Beach (obs. II), la parturiente, quoiqu'elle fût de grande taille, quoiqu'elle eût un bassin de vaste dimension, proportionné aux dimensions colossales du fœtus, resta en travail plus de quarante heures. La cliente d'Ortega mit également quarante heures pour accoucher d'un enfant de 11 kil. 300.

Néanmoins, il n'en est pas toujours ainsi et parmi les accouchements d'enfants volumineux qui se sont passés à la clinique Tarnier, j'en ai trouvé dont la durée du travail était courte, plus courte même parfois que normalement. Sur les 65 accouchements chez des multipares qui se sont produits de 1898 à 1905, la moyenne de la durée du travail se montre de onze heures, alors que normalement elle serait, d'après Budin et Demelin, de cinq à huit heures ; chez les primipares, accouchant d'enfants de plus de 4.500 grammes, pendant la même période, je trouve une durée moyenne de vingt-deux heures, au lieu de quinze à vingt heures, chiffre normal (d'après les mêmes auteurs). L'augmentation de

cette durée moyenne est donc peu sensible, ces chiffres sont à rapprocher de la statistique analogue faite par Varnier à la clinique Baudelocque (in *Obstétrique journalière*) : opérant sur 53 cas d'accouchements d'enfants de 4.500 grammes et au-dessus, il trouve, pour les multipares une durée de dix heures quarante neuf, pour les primipares le chiffre moyen de dix-neuf heures.

Cette durée du travail plus longue tient non seulement à ce que le fœtus ayant des diamètres supérieurs à ceux de la filière où il doit passer, doit subir une réduction qui exige un certain temps, mais aussi à ce que l'utérus ne se contracte pas suffisamment, à ce qu'il peut y avoir inertie utérine.

L'inertie utérine, dans le cas qui m'occupe, peut être primitive ou secondaire ; elle peut être primitive, et cela tient alors à ce que l'utérus est surdistendu depuis un certain temps par un contenu trop volumineux ; chaque fibre musculaire est comme étirée, et cet excès de distension de la fibre musculaire entraîne comme conséquence, la perte de la contractilité normale, bref, l'inertie de l'organe.

L'inertie peut être secondaire, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment ; elle tient dans ce cas, à la fatigue musculaire ; l'utérus, épuisé par ses efforts pour expulser un œuf trop volumineux, arrête ses contractions. Cette inertie secondaire est du reste, fonction de la durée du travail : plus le travail traîne en longueur, plus l'utérus aura tendance à s'arrêter dans ses contractions ; il n'est donc pas étonnant que l'on rencontre

surtout l'inertie utérine dans les cas où la femme a des douleurs depuis longtemps et n'arrive pas à expulser son enfant.

A côté de l'inertie utérine, il peut y avoir tétanisme utérin ; je n'en ai point rencontré d'exemple, mais cette complication a été signalée par Bué, dans un article de la *Presse Médicale* (3 septembre 1898). Dans ces cas, rares du reste, l'utérus se contractant sans répit, peut arriver à se rompre, et ceci d'autant plus facilement que le segment inférieur est rempli et fortement distendu par la volumineuse partie fœtale qu'il renferme ; il se passe ainsi quelque chose d'analogue à la rupture du segment inférieur dans le cas de présentation de l'épaule.

La tête ayant des difficultés à s'engager, il peut se former une volumineuse poche des eaux ; l'on ne rencontre pas, dans ce cas, les « eaux plates », présage, suivant M^{me} Lachapelle, d'un accouchement heureux, exempt d'ennuis ; la poche des eaux se bombe, saille fortement, prend la forme d'un boudin, descend très bas dans le vagin, et est exposée à se rompre prématurément. Je n'insiste pas sur les conséquences désastreuses de ce fait : on se trouve alors avec un utérus ouvert, exposé à l'infection ascendante, et cela au début d'un travail qui a beaucoup de chances de traîner en longueur, et d'exposer, par suite, la femme aux diverses complications de l'infection puerpérale.

Une complication, sur laquelle Dubois, dans sa thèse, a attiré l'attention, consiste dans la procidence fréquente du cordon ombilical, au cours de l'accouchement ; de

même que précédemment, cette procidence tient au non-engagement de la tête fœtale ; elle s'accompagne de tous les accidents qui lui sont inhérents (observations IV et V).

Quant aux lésions que peuvent éprouver les tissus de la mère, il semble évident que ces lésions auront une tendance toute particulière à se produire, lors de l'expulsion d'un œuf volumineux. Il faut cependant tenir compte de ce fait que l'on a surtout affaire, dans ces cas, à des multipares dont les tissus n'offrent pas la même résistance au passage de l'enfant que ceux des primipares ; en outre, il est d'observation courante que les déchirures du périnée ne se produisent pas toujours au moment du passage de grosses têtes ou d'épaules larges, mais souvent lors de l'expulsion et du dégagement trop rapides d'une tête parfois petite et insuffisamment contenue.

J'arrive enfin à une complication sérieuse et fréquente de l'accouchement ; complication, il est vrai, qui n'est qu'une conséquence de celles que je viens d'énumérer ; je veux parler des hémorragies consécutives à l'expulsion d'enfants volumineux ; cette étude a, du reste, été particulièrement bien faite par MM. Guéniot et Pierra dans les *Annales de la Société obstétricale de France*. Ces auteurs, dans leur travail, trouvent que « si avec des enfants de volume normal, il y a hémorragie dans 3 0/0 des cas, avec des enfants de gros volume, il y a hémorragie dans 11,2 0/0 des cas, ce qui revient à dire : les hémorragies *post partum* sont quatre fois

plus fréquentes quand le fœtus dépasse 3.800 grammes que lorsqu'il reste au-dessous de ce poids. »

Ces hémorragies ne reconnaissent naturellement pas toujours la même cause ; néanmoins il en est deux principales surtout, les hémorragies par inertie utérine, et les hémorragies par déchirure des parties molles ; les premières sont les plus fréquentes ; nous avons vu, du reste, déjà que l'inertie utérine secondaire tenait à la longueur du travail, longueur anormale dans nombre de cas. L'hémorragie *post partum* en dépend donc directement, elle aussi.

Quant aux hémorragies provenant de la déchirure des parties molles, elles sont causées, non pas tant par la déchirure du périnée, lésion qui, d'ordinaire, ne donne pas lieu à une grande perte de sang, mais surtout aux déchirures du vagin, et surtout à celles du col. Je cite, du reste, à la fin de cette étude, deux observations de la clinique Tarnier, déjà publiées d'ailleurs par M. Guéniot, et particulièrement instructives à cet égard (voir observations XVI et XVIII).

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Pronostic. — Le pronostic peut être envisagé, soit au point de vue de la mère, soit à celui de l'enfant.

A). — *Pour la mère.* — Le pronostic pour la mère est essentiellement variable ; il dépend beaucoup de la durée du travail ; nous avons vu, en effet, que dans le cas de travail long, il pouvait survenir de l'œdème du col, l'inertie utérine, des hémorragies, toutes complications dont les conséquences peuvent être fort graves ; les hémorragies surtout sont particulièrement à redouter, et l'observation XVI est bien faite pour nous montrer leurs suites funestes : même sans entraîner une terminaison fatale, elles anémient la femme et la mettent dans un état de faiblesse qui l'empêche de résister aux infections puerpérales.

Néanmoins, il ne faut pas s'exagérer la gravité, et surtout la fréquence de ces accidents, et surtout ne pas croire que le fait, pour une femme, d'être enceinte d'un œuf volumineux, comporte à son égard tous les éléments d'un pronostic sérieux. Comme l'a écrit le pro-

fesseur Budin, « le développement trop considérable du fœtus est beaucoup plus rarement qu'on ne le croit, cause de dystocie. » Varnier dans son *Obstétrique journalière* cite 40 multipares ayant accouché d'enfants de 4.500 à 6.000 grammes ; toutes ont terminé leur grossesse heureusement. Sur 74 cas relevés à la clinique Tarnier de 1898 à 1906, il y a juste 1 cas de mort chez une femme qui avait une albuminurie intense et présentait une hémorragie formidable après la sortie de l'enfant.

La terminaison de l'accouchement se fit spontanément et heureusement dans 66 cas ; il y eut dans 8 cas, soit 10,81 0 0, intervention, soit 4 forceps dans l'excavation ou à la vulve, 3 forceps au détroit supérieur, et 1 basiotripsie.

B). — *Pour le fœtus.* — Par contre pour le fœtus, le pronostic semble un peu plus sérieux. Tout d'abord l'enfant meurt quelquefois avant tout début du travail ou au début du travail. Et quand l'enfant est vivant au début du travail, la difficulté de l'accouchement fait que très souvent le sort de l'enfant est assez réservé. On doit attribuer à la procidence et à la compression du cordon, souvent très long, et auquel le non-engagement du sommet a permis de se glisser entre la présentation et les parois du bassin, un certain nombre de cas de morts pendant le travail.

En outre, l'enfant peut souffrir au cours de l'expulsion, surtout lorsque sa durée dépasse un certain temps.

Comme pouvant augmenter la gravité du pronostic, il me faut citer la nécessité assez fréquente d'interven-

tions obstétricales ; tentatives de forceps, souvent infructueuses du reste, l'instrument dérapant sur une tête trop volumineuse ; or ces interventions ne sont pas sans influencer gravement sur la vitalité de l'enfant.

Si l'on recherche le sort des enfants nés à la clinique Tarnier, pesant plus de 4.500 grammes, on voit que sur 74 naissances, il y eut 69 enfants qui sortirent de la clinique en bon état de santé ; 5 étaient morts, soit 6,90 0/0.

De ces 5 enfants, 1 était macéré, mort avant tout début de travail (observation n° 1571-1898) ; 3 moururent pendant le travail, dont 1 après quatre tentatives infructueuses de forceps (n° 1176-1898) ; un autre, du poids de 4.690 grammes sans la substance cérébrale, nécessita une basiotripsie.

Enfin un enfant de 4.730 grammes mourut deux jours après sa naissance de broncho-pneumonie.

Varnier sur 40 accouchements analogues note 2 cas de mort, soit 5 0/0.

Le pronostic pour les fœtus, quoique sérieux, n'est donc cependant pas très sombre.

Traitement. — L'accouchement, dans le cas de fœtus volumineux, on vient de le voir, peut se passer très lentement ; très souvent il n'est pas dystocique ; encore peut-il le devenir, et nécessiter par là une intervention de celui qui assiste la parturiente.

Si donc, je suppose, l'on se trouve appelé auprès d'une femme en travail, le diagnostic de gros œuf une fois fait, quelle conduite va-t-on tenir ? Il semble, de

prime abord, que l'on ne doive pas intervenir, mais, au contraire, se tenir simplement sur l'expectative, attendre la marche des événements. L'accouchement peut se passer très normalement ; il semble donc inutile d'exposer, par une intervention critiquable, la mère et l'enfant aux conséquences d'une manœuvre obstétricale.

Par contre, si l'accouchement ne progresse pas, si la durée du travail se prolonge, si l'enfant souffre, alors le rôle de l'accoucheur devient actif, il doit intervenir.

Le genre d'intervention varie naturellement suivant que l'enfant est vivant ou qu'il est mort. L'enfant est-il mort, par suite d'une quelconque des complications énumérées précédemment ; en ce cas la mutilation du fœtus s'impose : basiotripsie, éviscération, embryotomie ; il s'agit avant tout de faire une opération qui nuise le moins possible à la mère.

Si l'on se trouve dans le deuxième cas, si l'enfant est vivant, on a un choix à faire entre les divers moyens d'activer l'accouchement ; tout d'abord forceps ou version ? c'est le forceps qui, le plus souvent, semble indiqué. La version, au contraire, est moins utile. En effet la plupart du temps, le fœtus sera difficilement mobilisable à l'intérieur d'un utérus plus ou moins rétracté sur lui, surtout si le liquide amniotique s'est écoulé depuis un certain temps.

En outre, l'excès de volume du fœtus porte surtout sur le tronc ; en faisant la version podalique, le cordon aura des chances d'être comprimé au moment de l'extraction du corps du fœtus ; et comme la tête

se trouve encore à l'intérieur du bassin, l'enfant asphyxiera, ce qui n'aura pas lieu dans le cas de présentation céphalique. On fera donc, le plus souvent une application de forceps; et, en fait, c'est grâce au forceps que nombre d'enfants volumineux ont pu être extraits.

Mais la tête sortie, l'accouchement n'est point terminé; les épaules, comme on l'a vu, sont souvent la cause d'une dystocie toute spéciale; ce sont elles surtout, qui augmentent de volume, bien plus que la tête qui est peu modifiée. C'est pour parer à cette dystocie que Jacquemier a trouvé et publié dans son *Mémoire de 1860*, la manœuvre qui porte son nom et qui consiste essentiellement dans le dégagement du bras postérieur et la traction sur les aisselles.

Varnier a modifié cette manœuvre; il commence d'abord par dégager le bras postérieur, puis fait exécuter, à l'aide de ce bras, un mouvement de rotation au fœtus tout entier. De la sorte, l'épaule qui était antérieure devient postérieure. On va dégager à son tour le second bras et on exerce des tractions sur les deux bras réunis.

Ribemont-Dessaigne pratique la manœuvre Varnier, au niveau du détroit supérieur, si la dystocie siège à ce niveau et fracture au besoin l'humérus.

Strassmann (in *Archiv. f. Gynäkologie*) préconise, dans le cas de dystocie due à un excès de volume des épaules, la cléidotomie ou section des clavicules (*Schlüsselbeinschnitt*) (et il cite un cas de Knorr où pour extraire un fœtus de 5.100 grammes après la crânioclasie, on dut sectionner les deux clavicules).

A côté du forceps, à côté des manœuvres dont celle de Jacquemier fut le prototype, on a conseillé dans le cas où le fœtus semblerait ne pas pouvoir passer par la filière pelvigénitale de la femme, de pratiquer la symphyséotomie ; il en est de même pour l'opération césarienne.

Enfin, dans un troisième cas, si l'on se trouve appelé, pendant sa grossesse, auprès d'une femme, d'une multipare, dont les accouchements antérieurs, très pénibles, se sont terminés par l'expulsion de fœtus d'un volume excessif, dans ce cas l'accouchement prématuré provoqué peut sembler légitime. Il est évident qu'alors, avant de se résoudre à pareille opération, il faudra être sûr des renseignements que la femme aura donnés sur ses accouchements antérieurs, se méfier d'une exagération toujours possible dans l'estimation du poids, et surtout constater par un examen sérieux et approfondi que l'enfant dont il s'agit, présente on tend à présenter un développement anormal.

OBSERVATIONS

Observation I (résumée).

D^r FLORENTIN ORTEGA (de Buenos-Ayres). *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, 1891, p. 481.)

Le D^r Ortega est appelé le 9 janvier 1891 à 7 heures du soir auprès d'une parturiente en travail depuis trente-six heures et qui n'accouche pas. Le D^r T..., déjà présent a constaté la mort du fœtus et l'existence d'un écoulement sanieux et fétide par la vulve. Le D^r Ortega examine la malade : femme de 23 ans, primipare, blonde, très grande, pesant 105 kilogrammes. Elle ne peut préciser le moment de ses dernières règles, ni celui de la rupture des membranes. Le ventre est énorme, distendu par une masse dure, très volumineuse ; dans l'intervalle des contractions, on peut sentir le dos en avant et le siège en haut, avec les membres un peu à droite. Les épaules sont en bas, semblent très grosses et arrêtées au détroit supérieur ; absence de battements du cœur fœtal.

En découvrant la vulve, on aperçoit une masse kystique à

l'entrée du vagin; cette masse est remplie de liquide; son enveloppe est formée par la peau du crâne. Les os du crâne chevauchent les uns sur les autres; il s'agit d'une tête macérée et ramollie dont le liquide céphalo-rachidien et la pulpe cérébrale donnent lieu à la formation de la poche kystique.

En raison de l'énorme volume de l'utérus, Ortega croit avoir affaire à une grossesse double ou à une grossesse simple avec un grand kyste.

Plaçant la parturiente en position obstétricale, il commence par faire une soigneuse injection vaginale avec vingt litres de liquide (solution de sublimé au 1/1000^e). On ne savait comment terminer l'accouchement: le forceps ne pouvait rien produire, la masse étant trop volumineuse; la version était impossible, car on ne pouvait repousser la masse qui obstruait le vagin. On chloroformise la femme et Ortega introduit la main dans l'excavation; reconnaissant que le crâne peut lui fournir un solide point d'appui, et que l'excavation et le vagin ont de vastes dimensions, il introduit péniblement son autre main, et parvient ainsi à prendre la tête entre ses doigts comme entre les branches d'un forceps; et c'est ainsi en se servant de ses mains comme appareil de traction, qu'après des efforts considérables, il parvint à extraire la tête, énorme, déformée, flasque. Comme il est épuisé, le Dr T..., achève l'accouchement, non sans difficultés, des épaules et du tronc; et l'accouchement se termine, sans déchirure du périnée, à 11 heures du soir.

Aussitôt après, forte hémorragie; l'utérus est relâché, on le malaxe, on le presse; le placenta est expulsé sans tractions un quart d'heure après l'accouchement. Immédiatement après, injection intra-utérine de cinq litres de liquide (solution de sublimé à 1/2000), puis on fait la toilette de l'accouchée.

Le fœtus était un énorme garçon ; pesé et bien pesé par crainte d'erreur, il pesait 11.300 grammes, il était long de 70 centimètres et large d'un acromion à l'autre de 19 centimètres.

La femme eût de la fièvre pendant trois jours, fièvre qui tomba ensuite, et le neuvième jour elle se promenait dans la maison.

Observation II

(BEACH. — *Medical Record*, N. Y. vol. XV, p. 271.)

A la demande d'un grand nombre de lecteurs du *Medical Record*, je me décide à publier un cas d'accouchement auquel j'ai assisté, il y a quelques jours ; la grande taille de l'enfant à sa naissance en est le trait caractéristique ; c'est probablement le nouveau-né humain le plus volumineux cité jusqu'ici.

Peut-être convient-il d'ajouter que si nous prenons en considération la taille gigantesque des parents, celle de l'enfant nous étonnera moins. La mère, mariée au capitaine M. V. Bates, se nommait Annie Swan de la Nouvelle-Écosse ; elle a 7 pieds 9 pouces. Le capitaine M. V. Bates, habitant auparavant le Kentucky, a 7 pieds 7 pouces. Ces personnes de haute taille ont certainement été vues par de nombreux lecteurs de ce journal, car elles se sont montrées en public dans presque toutes les villes importantes d'Europe et d'Amérique.

Le 15 janvier 1877, à midi, je fus appelé près de cette dame, en travail pour la seconde fois. Ses douleurs étaient faibles et rares. Après un temps suffisant, mettant ma malade dans la position ordinaire, je procédai à un examen, mais je ne parvins pas à atteindre le col de l'utérus tant il était haut. Je ne pus, avec ma main, faire un examen suffisant, mais je conclus qu'elle était à la première période du travail.

Elle resta dans cet état pendant les vingt-quatre heures qui suivirent, passa une bonne nuit, et je ne vis aucune indication à intervenir, étant données les circonstances. A about de trente-six heures, les douleurs devinrent plus fréquentes ; à l'examen je constatai que le col se dilatait et que le travail marchait bien.

La tête s'engagea en seconde position occipito antérieure ; malgré le long intervalle qui séparait les douleurs, la tête progressa dans l'excavation. Le 18, à 4 heures de l'après-midi, en faisant un examen pendant les douleurs, les membranes se rompirent spontanément ; le liquide amniotique s'échappa en si grande abondance que chacun en fut frappé d'étonnement. Je fis placer ma cliente au bord du lit, ce qui était nécessaire pour faciliter les manœuvres, étant donnée sa grande taille. Le lit était bien protégé par des serviettes de caoutchouc qui amenèrent le liquide par dessus le bord du lit dans des vases qui le recueillirent ; il y en avait six gallons : je me trouvais sans aucun doute en présence d'une hydropisie de l'amnios, coexistant avec un œdème généralisé, qui la gênait probablement pendant les derniers mois de sa grossesse.

Bientôt après la rupture de la poche des eaux, la tête se dégagea (?) et entra dans les parties molles. La mère était en bon état ; le fœtus paraissait fort et bien portant, et tout indiquait une issue aussi rapide que favorable.

Ici commencèrent les difficultés. Après l'écoulement des eaux, les contractions cessèrent complètement. Les grands muscles abdominaux, qui avaient été si distendus, s'appliquaient sur le fœtus, flasques comme la couverture qui recouvrait le corps de la mère. L'inertie était complète. Les seules douleurs étaient celles résultant des manœuvres. Dix grains de quinine, de l'ergot et de l'eau-de-vie furent administrés.

Le forceps fut employé sans retard, mais inutilement ; il ne pouvait être appliqué avec succès, à cause du volume énorme de la tête qui, avec le cou, était placée dans un vagin mesurant bien au moins 12 pouces en arrière et de 7 à 9 en avant.

J'étais surtout anxieux pour la vie de l'enfant. La tête était, pour ainsi dire, expulsée, mais les épaules résistaient; comment les dégager? la main ne pouvait passer pour aller à la recherche des épaules. Le Dr Robinson, de Wooster, que j'avais fait appeler, arriva à ce moment; il essaya aussi d'appliquer le forceps mais sans pouvoir y réussir. Nous ne pouvions extraire l'enfant. Nous étant consultés, et notre grand désir étant de l'extraire, si possible, sans mutilation, nous passâmes une forte bande autour du cou de l'enfant, et tandis que l'un de nous opérait des tractions en bas et de côté, l'autre, après plusieurs tentatives, parvint à abaisser un bras et finalement nous réussîmes à accoucher notre cliente d'un enfant mâle.

Il pesait 23 livres $\frac{3}{4}$, soit 10.760 grammes ; longueur totale, 30 pouces (76 cm.), poitrine, 24 pouces (61 cm.); bassin, 27 pouces (68 cm. 5); tête, 19 pouces (48 cm.).

Longueur du pied, 5 pouces $\frac{1}{4}$ (13 cm. 32).

Le placenta extrait peu après pesait 10 livres. La mère était considérablement épuisée : actuellement elle a de bonnes suites de couches.

Observation III

(CAZEAUX. *Traité de l'art des accouchements*, 9^e édit., p. 196.)

Dans le mois de mai 1849, je fus appelé par le Dr Riembault pour terminer un accouchement dans lequel l'enfant se

présentait par l'épaule. Plusieurs tentatives avaient été faites par M. Riembault et un autre collègue et je ne parvins à faire la version qu'après de grandes difficultés.

L'enfant, mort, me parut d'un volume très considérable et j'évaluai son poids de 5 à 6 kilogrammes. Après mon départ, M. Riembault, qui, comme moi, avait été frappé du volume de l'enfant le pesa avec beaucoup de soin et il constata par trois fois que l'enfant pesait 9 kilogrammes. La longueur totale était de 64 centimètres. Le diamètre bisacromial avait 23 centimètres. La grande circonférence de la tête avait 41 centimètres et la petite 23 centimètres.

M. Riembault m'a affirmé à plusieurs reprises qu'il me garantissait l'exactitude de ces renseignements, car, étonné lui-même de ces résultats, il avait pris la précaution de les constater plusieurs fois.

Cette femme avait eu, suivant son rapport, ses règles le 12 juillet, pour la dernière fois ; elle comptait accoucher le 13 avril 1849. Depuis le mois de mars le volume du ventre était très considérable et faisait présumer une grossesse double.

Les douleurs ne se manifestèrent que le 6 mai au soir, c'est-à-dire près d'un mois après l'époque présumée de l'accouchement. La grossesse avait-elle réellement dépassé son terme ordinaire et doit-on attribuer à cette circonstance le développement exagéré de l'enfant ? c'est ce qu'il est impossible d'affirmer.

Observation IV

(MAVGRIER. *Soc. obst. et gynéc. de Paris*, 12 février 1891.)

Le fœtus que j'ai l'honneur de présenter à la Société m'a été remis par le Dr Maréchal de Paris qui m'a fourni en outre d'in-

téressants renseignements sur la grossesse et l'accouchement.

Ce fœtus, du sexe féminin, est remarquable par son volume extraordinaire ; il pesait en effet, au moment de sa naissance, 6750 grammes. Des pesées ont été faites d'abord en ville par le Dr Maréchal, assisté d'une sage-femme, puis dans mon service à la Pitié, et elles ont donné les mêmes résultats. Actuellement, par suite d'un séjour prolongé dans l'alcool, ce fœtus a diminué notablement de poids ; pourtant ce poids s'élève encore à 6 kilogrammes.

Les principales dimensions du tronc et de la tête sont les suivantes :

Longueur totale, 58 cm. ; diamètre bisacromial, 18 cm. ; diamètre bisiliaque, 13 cm. 5 ; diamètre bitrochantérien, 17. cm.

Diamètres de la tête :

OM : 14 cm. BIP : 10 cm.

OF : 12 cm. 5 BIT : 9 cm.

SOB : 9 cm. 5

Les enfants d'une pareille corpulence sont très rares. Le professeur Tarnier, que j'ai interrogé à ce sujet, m'a déclaré n'avoir pas rencontré d'enfant pesant à sa naissance plus de 6 kilogrammes.

Voici maintenant les particularités relatives à la grossesse et à l'accouchement : la mère, âgée de 39 ans, jouit actuellement d'une santé excellente, et est d'une constitution robuste : elle a eu six grossesses dont deux terminées à trois mois par une fausse couche et quatre arrivées à terme, la dernière en 1885. Les quatre enfants sont nés vivants, et étaient, paraît-il, très gros. Les dernières règles ont apparu fin mars 1890 et l'accouchement ayant eu lieu le 12 janvier 1891, la gestation ne paraît pas avoir dépassé

sensiblement la durée normale. Cette grossesse a été extrêmement pénible, surtout dans les derniers mois ; le ventre était énorme, retombait sur les cuisses ; depuis plusieurs années d'ailleurs, cette femme avait une très large éventration.

Le fait le plus intéressant a été l'apparition brusque d'une polyurie accompagnée de glycosurie très abondante ; au huitième mois on constate la présence de 51 grammes de sucre par litre d'urine. En même temps la malade était tourmentée par une dyspepsie continuelle, des névralgies disséminées et surtout de la dysurie et un prurit vulvaire insupportable. Dans les dernières semaines survint un œdème considérable des organes génitaux externes.

Sous l'influence d'un régime spécial (lait, viandes grillées, calmants nerveux, etc...) la quantité de sucre diminua et tomba à 4 gr. 80 par litre, la malade urinant 3 à 4 litres par vingt-quatre heures, mais elle était dans un grand état de faiblesse.

A l'examen du ventre, on trouvait une grande quantité de liquide amniotique, et un fœtus très volumineux et très mobile ; au toucher on n'arrivait sur aucune partie fœtale.

Le travail commença le 12 janvier à 4 heures du matin et l'accouchement n'a eut lieu qu'à 7 h. 1/2 du soir, ce qui donne une durée totale de quinze heures et demie.

Au début, les douleurs étaient très espacées ; le col, largement entr'ouvert et dilatable, laissait passer une poche des eaux volumineuses en boudin. On pouvait sentir à travers les membranes, une anse de cordon dont les battements, d'abord perceptibles, ne tardèrent pas à disparaître. En même temps, l'auscultation devint absolument négative ; le fœtus paraît donc avoir succombé dès le début du travail ; aucune tentative n'a d'ailleurs été faite pour réduire la précidence du cordon.

A 10 h. 1/2, la dilatation est presque complète ; le col est souple et dilatable ; aucune partie fœtale n'est accessible au doigt ; on rompt alors les membranes : il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique, en même temps que le cordon ombilical fait irruption dans le vagin, le cordon est très volumineux. Le toucher vaginal permet enfin de sentir une partie fœtale arrondie, molle, retenue au détroit supérieur ; après une exploration prolongée, on finit par reconnaître une présentation du siège, mode des fesses, en S I D A. Le siège ne tendant nullement à s'engager, le Dr Maréchal introduit la main dans le vagin, pour tenter de défléchir un pied ; n'y pouvant parvenir, il se fait remplacer par la sage-femme, qui, à grand peine, finit par défléchir la jambe droite et amener le pied à la vulve. Les contractions sont incessantes ; les efforts de la mère sont énergiques, mais restent infructueux ; on se décide alors à exercer des tractions sur le membre inférieur du fœtus, pour dégager le tronc, et on constate, dès ce moment, les dimensions énormes de l'enfant. Il a fallu deux heures d'efforts continus et vigoureux pour extraire les deux membres inférieurs, le siège et le tronc. Après quelques minutes de repos, on achève le dégagement du reste du corps : les deux bras sont relevés et leur déflexion exige beaucoup de fatigue. Quant à la tête, elle sort avec la plus grande facilité.

La délivrance se fit normalement, une heure environ, après cette pénible extraction.

Le 24 janvier, douzième jour de ses couches, la mère, quoique faible, était dans un excellent état de santé : à aucun moment, elle n'a eu de lochies fétides, ni d'élévation de température. J'ajouterai que pendant le travail et les suites de couches, l'antisepsie a été pratiquée très rigoureusement.

Observation V

(DELÉPINE. *Journal des sciences méd. de Lille*, 1905.)

X..., 22 ans, entrée dans le service du professeur Eustache (de Lille) le 12 mars 1904, à 6 heures du soir. Femme petite, d'aspect chétif. Première grossesse, sans accident.

Dernières règles, 1^{er} mai 1903. La grossesse actuelle ne s'est signalée par aucune autre particularité qu'un développement assez considérable de l'abdomen, de l'œdème des membres inférieurs. Elle est en travail depuis le matin même, et la poche des eaux s'est rompue spontanément, il y a un quart d'heure. Peu de liquide.

A l'inspection : ventre très volumineux ; utérus remontant à 36 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne. L'abdomen donne au palper une sensation de résistance uniforme en tous ses points. Sensation de flot très nette ; il semble que la tête soit au-dessus de l'excavation. Le toucher permet d'accéder, à travers une dilatation de la grandeur d'une pièce de deux francs, sur l'extrémité céphalique, dont l'axe antéro-postérieur coïncide à peu près avec le diamètre transverse du bassin, occiput à droite. Flexion à peine ébauchée.

Diamètre antéro-postérieur du bassin, 9 centimètres. Pas d'œdème des membres inférieurs, ni de la région pubienne. Pas d'albumine dans les urines, pas de rachitisme.

On fait le diagnostic suivant : gros œuf, se présentant en OI DT.

Les battements fœtaux sont réguliers. Le travail progresse régulièrement jusqu'à 11 heures ; à ce moment la dilatation est

complète, et la tête fléchie semble tendre à s'engager. Tout à coup les battements fœtaux s'arrêtent ; le liquide amniotique apparaît teinté de méconium ; le toucher montre le cordon prolapsé en arrière et à droite, la réduction manuelle est assez facile, mais la procidence se reproduit aussitôt.

Rapidement le forceps est appliqué en oblique sur la tête au détroit supérieur ; l'instrument dérape trois fois. On essaie une version par manœuvres internes, mais on n'arrive pas à mobiliser le fœtus. Pendant ce temps, l'auscultation ne fait, à aucun moment, percevoir une reprise de battements fœtaux ; après de nouveaux échecs de tentative de forceps, on songe à une mutilation du fœtus. On opère donc alors une céphalotripsie puis une basiotripsie, et ce n'est qu'après des tractions puissantes que la tête, se séparant du tronc, est amenée à la vulve. Il s'agit d'extraire le reste du fœtus ; la main gauche, introduite à la recherche d'un pied, rencontre le bras gauche ; celui-ci est attiré à la vulve, après fracture de l'humérus ; dès qu'on essaye de se servir de ce bras pour engager le tronc, il s'arrache au niveau de la fracture ; pour ne pas perforer les tissus maternels, on doit désarticuler l'épaulé, péniblement, à l'aide des ciseaux de Dubois. Des tractions dans l'aisselle droite, à l'aide de la main, puis du crochet de Braun, n'amènent aucun changement dans la situation de l'enfant, dont les épaules restent au-dessus du détroit supérieur. Nouvelle tentative de version par manœuvres internes ; la main droite se présentant, on l'amène facilement au dehors ; dès lors, des aides, moins fatigués, se mettent à tirer sur ce bras, puis sur le tronc qui est arrivé à la vulve, et l'accouchement se termine.

Délivrance rapide, sans incident. Le périnée déchiré jusqu'au sphincter exclusivement, est suturé immédiatement. Injection

intra-utérine. Suite de couches apyrétiques ; les fils sont enlevés le septième jour : la femme sort le quatorzième jour de la Maternité.

Poids du fœtus sans la tête : 4,000 grammes.

OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE TARNIER

Observation VI (1176-1898).

H... Anna, 38 ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort d'un accident ; mère bien portante ; cinq frères et sœurs bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A marché à 9 mois. Rougeole dans la première enfance. Depuis n'a jamais été malade. Premières règles à 17 ans. Mal réglée pendant longtemps. Très bien réglée depuis qu'elle est mariée. Règles régulières non douloureuses. Pas de pertes.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX. — Trois grossesses antérieures.

Première grossesse en 1887. — Évolution normale, mais accouchement laborieux ; s'est terminé spontanément malgré une période de travail très longue, et une période d'expulsion également assez prolongée : enfant (garçon) venu vivant, très volumineux, mort au bout de vingt-quatre heures.

Deuxième grossesse, 1889. — Évolution normale, accouchement spontané, mais avant terme, à 8 mois ; l'enfant (fille) a vécu six semaines.

Troisième grossesse, 1891. — Grossesse normale. Accouchement spontané, à terme.

Pas de fausse couche.

Antécédents de la grossesse et de l'accouchement actuels. —

Dernières règles le 19 novembre 1897. La malade est donc à terme. Elle aurait eu une grossesse normale, et ce travail aurait commencé aujourd'hui 18 août à 4 heures du matin. Rupture des membranes à peu près à la même heure. Le liquide amniotique à ce moment aurait été clair et très abondant. La sage-femme qui a examiné la malade en ville aurait déjà constaté que l'enfant était volumineux. On ne peut savoir à quel moment la dilatation devint complète. Vers 1 heure de l'après-midi, la malade demande un médecin. Le médecin appelé constate que le fœtus souffre, car dès son arrivée, il décide une application de forceps. Trois tentatives d'application sont faites, sans succès. La malade est amenée à la clinique vers 6 heures du soir.

EXAMEN GÉNÉRAL. — A l'examen on la trouve très fatiguée; il y a de la température, 39°. Pouls: 135. Les urines contiennent de l'albumine.

L'examen des divers appareils ne donne que peu de renseignements. Le squelette paraît indemne. Il est d'ailleurs excessivement difficile à examiner étant donné l'œdème énorme des membres inférieurs. Il n'y a rien aux membres supérieurs. Le bassin paraît normal, et s'il est rétréci, c'est très légèrement. La pédale coccygienne est très mobile.

Pas de stigmate de syphilis. Rien au cœur, ni aux poumons. Urines albumineuses, mais aucun signe subjectif (nerveux, gastrique ou sensoriel) de néphrite. Aucun prodrome d'éclampsie, mais un œdème énorme et dur des membres inférieurs et des organes génitaux externes, empiétant même sur la partie inférieure de l'abdomen. Cet œdème paraît d'autant plus considérable que la malade est courte, trapue et d'une obésité excessive..

EXAMEN GÉNITAL. — Vulve violacée, œdémateuse; phlyctène à droite. Intertrigo périnéal et dans l'aîne. Vagin violacé, saignant

Ventre d'un volume excessif, au palper ; sommet engagé en gauche antérieure, dos à gauche, siège en haut, tête dans l'excavation. Bruits du cœur nuls. Enfant mort. Plus de mouvements d'ailleurs depuis le matin et le liquide amniotique qui s'écoule encore un peu est teinté fortement par le méconium et très légèrement fétide. Le toucher montre, outre les lésions du vagin, une tête d'un volume considérable, déjà en pleine excavation pelvienne. Bosse séro-sanguine très volumineuse. Col complètement dilaté, mais on perçoit assez facilement une portion de lèvre antérieure œdémateuse.

Une application de forceps est décidée immédiatement. Faite par le Dr Dubrisay, elle réussit pleinement, mais le dégagement de la tête est d'une difficulté très grande. Il se fait en OP. La tête dégagée, un circulaire déroulé, les épaules ne descendent pas, malgré des tractions très énergiques. Ce n'est qu'après extraction d'un bras, dont l'humérus se casse que les épaules descendent et se dégagent. Ce temps de l'accouchement a été encore plus difficile que le dégagement de la tête. Le périnée, indemne jusque-là, s'est éraillé (2 serre-fine ont été appliquées après l'accouchement). Le siège assez bien dégagé, le cordon est sectionné.

Le volume de l'enfant (garçon) est très grand ; il pèse 4.720 gr. longueur : 52 centimètres.

Diamètres OM : 15 cm.	BP : 10,2
» OF : 12,7	BT : 8,3
» SOB : 10,8	

La délivrance a lieu à 6 h. 40, mode spontané, sans complication. Le cordon a 60 centimètres de long ; les membranes sont complètes. Le placenta complet pèse 800 grammes.

Injection intra-utérine. Tamponnement du vagin. Suites de couches normales.

Observation VII (1571-1898).

V. L..., 25 ans, domestique, primipare.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante. Premières règles à 16 ans, abondantes, régulières. Dernières règles vers le 28 février.

Grossesse actuelle sans complication, sauf quelques vomissements pendant les premières semaines.

Les mouvements du fœtus ont cessé d'être perçus depuis quinze jours environ.

EXAMEN ACTUEL. — Abdomen très distendu et dur. Le palper est très difficile, à cause de la tension de la paroi utérine. — Auscultation : les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles. — Toucher : le bassin est légèrement rétréci. Diamètre P. sous P. : 11 cm. 2. Le col est long, ramolli. On ne sent pas distinctement la partie fœtale qui se présente.

Urines normales. Pas de varices. Rien aux poumons ni au cœur. Pas de stigmates de syphilis.

Premières douleurs le 19 novembre à 7 heures du soir. La femme entre à la salle d'accouchement à 7^h heures.

Les douleurs deviennent violentes le 20 novembre à 4 heures du soir, à minuit elles sont de plus en plus fortes et le 21, à 2 h. 30 du matin, les membranes se rompent et une grande quantité de liquide s'échappe.

Le 21 novembre, à 5 heures du soir, la dilatation est de 3 centimètres. M. le professeur Budin examine la femme, il

introduit son doigt dans l'orifice cervical, et il lui semble que la rupture des membranes s'est effectuée à quelque distance de cet orifice ; il sent la tête en OIGA et trouve une large bosse séro-sanguine. On n'entend toujours pas les bruits du cœur, à 11h.30 la dilatation est complète et l'engagement se fait ; à 12 h. 45 soir la tête très grosse est expulsée, mais le dégagement des épaules offre une certaine difficulté.

L'enfant est extrait à 1 h. 45.

A 2 h. 20 la délivrance se fait spontanément.

Membranes complètes ; le placenta pèse 530 grammes et le cordon mesure 70 centimètres de long.

L'enfant du sexe masculin est macéré ; il pèse 5.000 grammes et mesure 58 centimètres de long.

Suites de couches sans incidents.

Observation VIII (1041-1899).

C... Lucie, 27 ans, II pare.

Antécédents héréditaires. — Père mort de cirrhose atrophique. Mère bien portante. Huit frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A marché à 11 mois. A 7 ans fièvre typhoïde. Premières règles à 18 ans, régulières.

Première grossesse en 1894 sans incident. Accouchement spontané, à terme, mais hémorragie de la délivrance.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 13 octobre. La parturiente entre à la clinique le 25 juillet 1899, sujette à des vomissements, elle se plaignait de ressentir depuis quelques jours des douleurs lancinantes dans le ventre. Le bassin est normal, urines normales.

Premières douleurs le 24 août à 6 heures du matin. A 7 heures rupture spontanée des membranes : liquide amniotique normal. La parturiente entre à la salle de travail à 8 heures, la dilatation est complète ; la rotation est effectuée et la tête primitivement en OIGA se présente en OP. L'accouchement se termine spontanément à 8 h. 1/4 du matin ; le périnée est intact.

L'enfant du sexe féminin pèse 4.900 grammes ; longueur totale : 50 centimètres. Les diamètres céphaliques sont les suivants :

OM : 18 cm. 5	BP : 9,5
OF : 12	BT : 8,5
SOB : 10,5	

La délivrance se fait naturellement à 9 heures. Poids du placenta : 1050 grammes, longueur du cordon : 55 centimètres. Après la délivrance, le muscle utérin reste inerte, et bientôt, de même qu'au premier accouchement, une hémorragie se déclare. Injections intra-utérines répétées avec de l'eau bouillie chaude. L'hémorragie persistant, on pratique, après s'être assuré qu'il ne reste rien dans l'utérus, un tamponnement à la gaze iodoformée, qui en vient à bout.

Observation IX (313-1900).

X..., âgée de 31 ans, ménagère, VI-pare, entrée à la Clinique le 4 janvier 1900. Premières règles à 14 ans. Bonne santé habituelle. Les cinq grossesses antérieures furent normales ; accouchements spontanés à terme.

Dernière apparition des règles : 1^{er} juin 1899. Bassin normal. Urines sans albumine. L'abdomen est très volumineux ; il semble qu'il y ait de l'hydramnios.

Rupture de la poche des eaux le 9 mars à 1 heure du matin.

Liquide amniotique très abondant. Premières douleurs le 10 mars à 10 heures du matin. Présentation du sommet en O I G A. A 7 heures 1/2 du soir, dilatation complète. Accouchement spontané à 8 heures. L'enfant de sexe masculin pèse 4.650 grammes ; il présente les diamètres suivants :

Diamètres OF : 12 cm. BP : 10 cm.

OM : 14 cm. 5 BT : 8 cm. 5.

SOB : 10 cm.

Délivrance naturelle à 8 h. 1/2, suivie d'une hémorragie assez abondante, quoique l'utérus soit dur, injection vaginale, puis intra-utérine. La femme est faible, pâle, a le pouls rapide. L'hémorragie persistant, on introduit la main dans l'utérus, et on retire les caillots, puis après avoir pratiqué une seconde injection intra-utérine, on fait une injection sous-cutanée d'ergotine. L'hémorragie s'arrête. Suites de couches normales.

Observation X (706-1900).

X..., 39 ans, mécanicienne, V-pare.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer de la langue. Sa mère a eu sept enfants, tous gros.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein, premières règles à 11 ans, depuis douloureuses et irrégulières. De ses quatre grossesses antérieures, les trois premières se sont terminées par

des accouchements normaux, enfants volumineux et travail long. La quatrième, survenue dix ans après les autres, s'est terminée par un accouchement par le siège; l'enfant aurait pesé 12 livres et l'expulsion aurait eu lieu sans grande difficulté.

Le début de la grossesse actuelle ne peut être précisé, la malade ayant conçu pendant qu'elle nourrissait. Premiers mouvements du fœtus vers la fin de janvier. Douleurs lombaires marquées. Albuminurie au début de la grossesse, mais qui disparut après un régime lacté de trois semaines.

Examen actuel. — Femme de 1 m. 66, présentant un embonpoint marqué. Cœur et poumons sains. Pas de varices.

La paroi abdominale est très relâchée, l'utérus antéfléchi.

Les premières douleurs apparaissent le 9 juin, à 4 heures du soir, et la parturiente entre à la salle d'accouchement le 10 juin, après avoir eu une petite hémorragie.

Le palper, difficile, vu l'adipose de la paroi et la grande quantité de liquide amniotique, permet cependant de diagnostiquer une présentation du sommet, dos à gauche et en arrière. Le fœtus est facilement mobilisable.

La dilatation du col est de 2 centimètres.

L'hémorragie qui a causé le transport de la malade à la salle, se modère après une injection vaginale chaude. On l'a évaluée à 200 grammes environ. Les douleurs sont fréquentes, mais d'assez courte durée; à chaque douleur, la malade perd une petite quantité de sang, ce qui fait penser à une insertion basse du placenta. La dilatation est complète à 7 heures du matin; rupture des membranes spontanée à la même heure: liquide amniotique très abondant. L'expulsion est rapide: la tête se dégage spontanément en OS, par contre, le dégagement des épaules se

fait difficilement. Durée totale du travail : quinze heures. Péri-née intact.

La délivrance a lieu à 7 h. 1/4, naturelle et complète. L'utérus est rétracté, douloureux, toutefois un écoulement sanguin persiste, qui se renouvelle à chaque contraction. Une heure environ après l'accouchement, l'utérus ayant augmenté de volume, on en extrait les caillots par expression puis on fait une injection intrautérine. L'hémorragie s'arrête enfin.

L'enfant du sexe masculin, pèse 4.950 grammes, long de 50 centimètres les diamètres de la tête sont :

OM: 12,3	BP: 9,5
OF: 11,1	BT: 8,5
SOB: 9,	

Le tête est très ossifiée. Le diamètre bisacromial : 13 centimètres ; la circonférence à ce niveau : 42 centimètres.

Le placenta pèse 1.400 grammes ; le cordon mesure 80 centimètres de longueur.

Observation XI (1386-1900).

L... 30 ans, brocheuse, IV-pare. Très bonne santé habituelle. Réglée à 13 ans ; pas de syphilis, deux accouchements antérieurs normaux, un avortement de quatre mois.

Grossesse actuelle : dernières règles le 1^{er} janvier. Elle a souffert depuis le début de sa grossesse : douleurs continuelles dans les cuisses, les reins. Insomnie. Œdèmes précoces des jambes. Le 22 mai, premiers mouvements fœtaux.

Présentation et position : OI DP. Bruits du cœur fœtal bons.

Premières douleurs 3 novembre à 3 heures du matin. Dilatation complète à 8 h. 25. Rupture des membranes à 3 heures du matin. Accouchement spontané à 8 h. 30. La parturiente poussant très vigoureusement, en deux contractions la tête se dégage; les autres parties du corps suivent sans difficultés.

L'enfant, né étonné, est ranimé facilement. Du sexe féminin, il pèse 4.700 grammes, syndactylie à la main droite. Diamètres de la tête:

OM : 14 cm. 8 BP : 10,1

OF : 13 cm. BT : 9

SOB : 10 cm.

Dix minutes environ après l'accouchement, la femme continue à perdre du sang. L'utérus est assez dur, mais se ramollit par instants. On fait deux injections vaginales très chaudes ; le placenta reste adhérent. L'hémorragie continue, prenant un caractère sérieux vers 9 heures du matin.

Pouls rapide et faible. En conséquence on pratique la délivrance artificielle, suivie d'une injection intra-utérine puis injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'ergotine et tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Le lendemain l'état général s'est amélioré.

Observation XII (903-1902).

C... Joséphine, 23 ans, primipare.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère tuberculeuse, deux frères et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A marché à 1 an ; réglée à 12 ans. Bassin normal. Dernières règles : 3 décembre.

Les premières douleurs apparaissent le 24 juillet à 8 heures du matin. Fœtus en O I G A. La rupture des membranes a lieu à 9 heures du matin. Terminaison spontanée de l'accouchement à 3 heures du soir, après un travail d'une durée totale de trente-sept heures. Périnée intact. La délivrance naturelle se fait à 3 h. 20.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 5.050 grammes, long de 53 centimètres, diamètres céphaliques :

OM : 13,5

BP : 9

OF : 12

BT : 8,3

SOB : 9,7

Le placenta pèse 710 grammes ; cordon : 72 centimètres.

Ainsi donc, malgré le poids excessif de l'enfant, l'observation précitée, quoique incomplète, ne signale aucune anomalie dans l'accouchement, ni dans la délivrance.

Observation XIII (927-1902).

B..., 35 ans, couturière. II-pare.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole, scarlatine, variole ; à 18 ans fièvre typhoïde ; à 29 ans pleurésie ; à 30 ans, à la suite de pertes de sang (?), ovariectomie (ovaire gauche) pratiquée à Cochin. Sa première grossesse s'est terminée par un avortement de quatre mois.

Grossesse actuelle : Dernières règles le 12 octobre. Premiers mouvements du fœtus perçus fin janvier. Elle eut de l'albumine dans ses urines, albumine qui disparut après régime lacté.

Bassin normal. — Premières douleurs le 27 juillet à 4 heures du matin. Dilatation complète à 8 h. 45. Rupture artificielle des membranes à 9 h. 20, liquide amniotique normal. Le fœtus se présente en O I G A.

A 11 h. 20 la période d'expulsion traînant en longueur et les bruits du cœur fœtal se ralentissant, on fait une application de forceps qui amène un enfant à terme très volumineux, sexe masculin, du poids de 5650 grammes, longueur: 52 centimètres, présentant les diamètres suivants :

OM : 14 cm.	BP : 10.4
OF : 12.4. cm.	BT : 9.2
SOB : 10.6. cm.	

Le périnée présente une petite déchirure (une serre fine).

La délivrance, naturelle, a lieu à 11 h. 45 du matin, poids du placenta : 960 grammes. Cordon : 65 centimètres.

Observation XIV (1071-1902).

M., Marie, 40 ans, III, pare. Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt. Régée à 15 ans. Sa première grossesse s'est bien passée ; accouchement spontané d'un enfant vivant pesant 4.500 grammes. La deuxième grossesse fut interrompue au troisième mois par un avortement.

Grossesse actuelle : dernières règles le 15 décembre.

Le 12 août elle vient consulter à la Clinique Tarnier, où on constate une présentation du siège complet, de l'œdème de la paroi abdominale sans albuminurie et des varices des membres inférieurs. Elle entre à la clinique le 1^{er} octobre. M. le Dr Deme-

lin essaye la version par manœuvres externes, mais en vain.

Premières douleurs le 16 octobre 1902 à 5 heures, examinée à 7 heures, on note : par le palper, l'excavation vide, le siège en bas, dos à gauche ; par l'auscultation les bruits du cœur fœtal, bons, au-dessous de l'ombilic ; par le toucher on sent les membranes intactes tombant à travers un col dilaté de 3 centimètres. La femme est bien constituée et ne présente aucune lésion organique. Contractions utérines régulières ; le siège tend à se décompléter. A 8 h. 30 du matin rupture spontanée des membranes, liquide amniotique teinté de méconium ; à 10 h. 15, M. Deme-
lin, après chloroformisation, fait l'abaissement prophylactique d'un pied, qui se trouve être le pied droit, justifiant par son volume le diagnostic déjà porté de gros enfant. Contractions utérines peu fortes. Le travail progresse peu. Aussi vers midi, le Dr Quillier, constatant par le toucher une dilatation complète, et l'expulsion menaçant de durer longtemps, décide de procéder à l'extraction ; il dégage le second pied ; l'expression abdominale aidant, le tronc se dégage facilement. Quant aux épaules, comme elles ne descendaient pas, le moniteur constate par le toucher que les deux bras sont relevés ; introduisant alors très profondément sa main gauche dans le vagin, il dégage difficilement le bras postérieur qui est le gauche, puis fait la rotation pour transformer le bras antérieur en bras postérieur et dégage celui-ci à son tour. La manœuvre de Mauriceau permet de dégager la tête. Au moment du passage du diamètre O F déchirure du périnée, vu le volume exagéré de la tête fœtale et la nécessité d'aller vite. L'enfant en état de mort apparente est vite ranimée par les frictions et l'aspiration des mucosités. C'est un garçon pesant 4.550 grammes, mesurant 54 cm. 5 avec les diamètres suivants :

OM : 13.5 cm. BP : 10.4

OF : 11.2 cm. BT : 8.2

SOB : 10.1 cm.

Bref, terminaison de l'accouchement à midi 10 après une durée totale de sept heures.

■ Délivrance naturelle incomplète. Placenta : 700 grammes. Aussitôt après la délivrance, injection vaginale et intra-utérine ; périnéorrhaphie par 2 points de suture profonds et 3 superficiels,

Observation XV (121-1903).

X..., 36 ans, ménagère, secondipare. .

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — A marché à 11 mois. Réglée à 16 ans, menstruation régulière, pertes blanches. Première grossesse en 1901, sans incidents : l'accouchement s'est produit à terme, le 30 novembre, après trente-six heures de travail et grâce à une application de forceps ayant amené divers enfoncements du crâne et la mort immédiate de l'enfant, qui devait être très gros.

Les dernières règles sont du 8 avril. Premiers mouvements du fœtus perçus au commencement d'août. La grossesse a évolué normalement ; jamais d'albumine dans les urines.

Le vendredi 30 janvier à 6 heures du matin, les premières douleurs apparaissent. La parturiente est reçue deux heures après à la clinique. L'examen pratiqué à ce moment révèle les points suivants : début de travail chez une secondipare ; ventre volumineux ; tête élevée, mais débordant peu la symphyse ;

dos à droite ; dilatation de 4 centimètres avec poche des eaux intacte. Bassin légèrement rétréci et promontoire accessible. Excavation vide. Bruits du cœur très bons à droite de l'ombilic. Urines normales.

Le squelette et les autres appareils ne présentent rien de notable. Les douleurs continuent avec une grande fréquence ; mais la tête fœtale qui tend à se fixer reste toujours élevée ; elle est très ossifiée et le fœtus paraît volumineux.

A 9 h. 30 du matin, M. le professeur Budin, examinant la malade, confirme les constatations précédentes. La dilatation étant presque complète, il rompt la poche des eaux : liquide amniotique normal. Les douleurs sont de plus en plus fortes, mais on constate que le col s'est reformé et que la dilatation égale à peine 3 centimètres. La tête est toujours immobilisée au DS en DT. La situation reste stationnaire ; puis, peu à peu, le col, sollicité par des contractions de plus en plus énergiques se dilate à nouveau. La dilatation est presque complète à midi 1/2.

A midi 35, M. Budin examinant à nouveau la parturiente, décide dans ces conditions d'intervenir. L'examen pratiqué sous le chloroforme montre la tête arrêtée au détroit supérieur, la suture sagittale occupe le diamètre transverse, à peu près à égale distance du promontoire et de la symphyse pubienne. L'application de forceps est faite par le Dr Chéron, comme s'il s'agissait d'une DA. Pas de difficulté à l'extraction et le dégagement se fait sans déchirure.

L'enfant crie immédiatement. La délivrance s'opère sans difficulté à 1 h. 20. Le placenta pèse 540 grammes et paraît complet. Le cordon mesure 55 centimètres. L'enfant, un garçon, a 52 centimètres de long ; il pèse 4570 grammes. Les diamètres de la tête, très ossifiée, sont :

OM : 14,2	BP : 9,8
OF : 12,5	BT : 8,5
SOB : 9,6	

Les suites de couches ont été satisfaisantes pour la mère.

L'enfant a présenté le lendemain une élévation de température de 38°5 ; le jour suivant température normale.

Observation XVI (1039-1903).

L..., 33 ans, ménagère, VII-pare. Entrée à la clinique le 27 août, à 1 heure du soir.

Examen à la réception : palper difficile (adiposité, œdème, hydramnios). Cependant on reconnaît que l'extrémité céphalique est en bas. Bruit du cœur normaux. Dilatation de 2 centimètres. Poche des eaux volumineuse. Partie fœtale élevée. Contractions fréquentes. État général bon. Albuminurie intense.

A 2 heures, quand la sage-femme de garde examine la parturiente, à la sortie du bain, elle est frappée de l'œdème énorme des cuisses et du sus-pubis. Elle respire mal, son visage est rouge et congestionné. Elle se dit inquiète de l'issue de son accouchement. M. Pierra la rassure, et elle se colore un peu.

Les contractions se rapprochent, la dilatation s'effectue rapidement. La partie fœtale descend et l'on constate que l'on a affaire à une présentation de la face en MIDP.

A 2 h. 1/2, dilatation complète, et rupture spontanée des membranes, liquide teinté de méconium. Les bruits du cœur, sans se ralentir, deviennent un peu irréguliers. La tête effectue sa rotation, et se dégage spontanément en MP., à 3 heures, mais les épaules n'ont pas tourné et restent dans le diamètre

oblique D. On met la femme en travers du lit, et le moniteur de garde tire pour dégager les épaules. Ce n'est qu'après dix minutes de tractions énergiques qu'il y parvient.

L'enfant, très volumineux, semble d'abord en état de mort apparente. Mais, après quelques tentatives inutiles pour le ranimer, on est bien obligé de constater que la mort est réelle. Il pèse 5.300 grammes, sa longueur est de 60 centimètres. Les diamètres céphaliques sont les suivants :

OM : 15 — OF : 13,2 — SOB : 10,5

BP : 11 — BT : 9,2

Biscaromial : 17,6

A peine M. Pierra a-t-il quitté la parturiente, pour suivre l'enfant à la crèche, que l'élève chargé de la surveiller le rappelle auprès d'elle. Elle a une hémorragie, et perd très rapidement, presque instantanément, une abondante quantité de sang, peut-être un litre. Cependant l'utérus est dur, ne remonte pas très haut, se contracte bien sous la main qui en maintient le fond. Il ne s'agit donc pas d'une hémorragie par inertie. L'état général est mauvais : facies pâle, exsangue ; pouls petit et filiforme ; une syncope semble menaçante.

Immédiatement, M. Pierra pratique une injection de sérum artificiel. On fait également des piqûres de caféine et d'éther. Il tente, sans succès, la délivrance par expression et tractions. En présence de cet échec, et bien que la femme ne perde plus, il se décide à pratiquer la délivrance artificielle. Pendant toute l'intervention, la femme, trop faible pour être anesthésiée, respire de l'oxygène.

Au toucher, on trouve, comme il fallait s'y attendre, un col irrégulier, déchiqueté sur tout son pourtour, avec, du côté droit,

une large lacération, dont on ne peut apprécier exactement l'étendue. Le décollement du placenta présente des difficultés : une portion notable est enchatonnée dans la corne droite de l'utérus, et l'on ne parvient que difficilement à l'en arracher.

L'utérus ne saigne plus ; mais, maintenant, il se contracte mal. On fait passer dans sa cavité, successivement, 8 à 10 litres d'eau iodo-iodurée très chaude, en même temps qu'avec une main, on exerce sur le fond de l'organe, à travers la paroi abdominale, un massage continu. Le muscle réagit d'abord, puis se lasse bientôt, et redevient flasque. En même temps, l'état général s'aggrave ; le pouls est de plus en plus petit ; la femme étouffe, s'agite.

Pour prévenir une nouvelle hémorragie, M. Bouchacourt pratique un tamponnement utéro-vaginal très serré. En abaissant le col à la vulve, il constate, moins encore que par le toucher, la séparation du col, à droite, en deux larges lambeaux, par une déchirure qui remonte jusqu'à l'insertion vaginale. Il est 4 h. 1/2 quand la double intervention est terminée. Malgré les soins, l'état général empire. Le pouls est nul ; la dyspnée extrême. Il y a de l'agitation, presque du délire. De nouvelles piqûres d'éther, de caféine sont faites. On tente en vain la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, et la femme meurt à 5 h. 1/2.

Observation XVII (1225-1903).

L..., 41 ans, ménagère, IX pare.

Antécédents héréditaires. — Ses parents étaient forts et robustes.

Antécédents personnels. — Elle aurait été très grosse à sa

naissance, d'ordinaire bien portante. Ses huit grossesses antérieures se sont bien passées, terminées par des accouchements spontanés à terme. Bassin normal.

Grossesse actuelle : dernières règles le 7 janvier, sans incidents. Urines normales.

Les premières douleurs apparaissent le 14 octobre à 4 heures du soir, à 9 h. 30 dilatation complète. Rupture des membranes spontanée à 7 h. 30. Le fœtus se présente en O I G A ; les battements du cœur fœtal sont bons, cependant le liquide amniotique est teinté de méconium.

A 9 h. 40 du soir l'expulsion de l'enfant a lieu spontanément ; l'enfant, vivant, bien portant, du sexe féminin, pèse 4,950 grammes. Le dégagement des épaules a été difficile, néanmoins le périnée est intact. — A 10 h. 15 du soir la délivrance se fait, naturellement. Le placenta se présente par sa face utérine ; il pèse 600 grammes. Cordon : 50 centimètres ; membranes complètes.

Les diamètres céphaliques de l'enfant sont les suivants :

OM : 13,4	BP : 10,1
OF : 12,1	BT : 8.
SOB : 10,6	

Le diamètre bisacromial : 14 cm. 5 ; la circonférence thoracique était de 37 centimètres.

Observation XVIII (1228-1903).

L..., 30 ans, domestique, III-pare. (Les grossesses précédentes se sont terminées, la première, par un accouchement prématuré, la seconde par un avortement.)

Dernière apparition des règles : 15. janvier. Début du travail : 15 octobre, à 5 heures du matin. Présentation du sommet en OIGA. Dilatation complète le même jour à 11 h. 30 du matin. Rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané. Quelques difficultés seulement au passage des épaules.

Enfant vivant de 5.200 grammes. Diamètre bipariétal : 10 ; diamètre bisacromial : 14,4.

Pour ce qui s'est passé après l'accouchement, le D^r Quillier qui assistait cette malade, rédigea la note suivante : Aussitôt après la sortie de l'enfant, ou plutôt derrière lui, s'échappe un flot de sang liquide, qui forme bientôt une véritable mare au devant du siège de la malade. Immédiatement, je mets une main sur le fond de l'utérus : celui-ci ne dépasse pas l'ombilic ; il est dur, bien revenu sur lui-même. La malade, qui vient de perdre largement 500 à 600 grammes de sang, est un peu pâle, mais n'accuse ni bourdonnements d'oreilles, ni vertiges ; son pouls, un peu rapide, est bien frappé.

A travers les lèvres de l'orifice vulvaire s'écoule maintenant, d'une façon ininterrompue, un filet de sang. Pensant à une déchirure du col, j'essaie de faire rapidement la délivrance, afin de pouvoir tamponner l'utérus. Quelques tractions sur le cordon, combinées à une vigoureuse expression utérine, décollent le placenta. La délivrance a eu lieu exactement huit minutes après l'accouchement. La malade à qui on a fait déjà une piqûre de caféine, une d'éther, à qui on fait respirer de l'oxygène, perd tout à coup connaissance après la délivrance, car celle-ci vient de provoquer une nouvelle hémorragie. Le sang s'écoule d'une façon lente, mais continue ; cependant le fond de l'utérus reste à l'ombilic, et l'organe lui-même est très dur.

La femme est mise dans la position inclinée ; des bandes d'Es-

march sont appliquées aux quatre membres. Une injection sous-cutanée de sérum est pratiquée. Je songe aussi à faire une injection intraveineuse de sérum. Mais pendant que l'on prépare sonde cannelée et bistouri, la femme revient un peu à elle : son poulx bat à nouveau, quoique faiblement ; les lèvres se colorent, tout le corps se réchauffe.

Je laisse la malade se remettre un peu ; et au bout d'un quart d'heure, je me mets en devoir de faire un tamponnement, car il existe toujours un léger suintement. Au toucher le col présente une grande déchirure du côté gauche, remontant jusqu'à l'orifice interne qu'elle ne dépasse pas.

Pendant cet examen rapide, la plaie saigne à nouveau fortement, mais une injection chaude l'arrête et je termine par un tamponnement léger au fond de l'utérus, très serré au niveau du segment inférieur et des culs-de sac.

La malade s'est rétablie assez promptement et a quitté l'hôpital en bon état.

CONCLUSIONS

I. — Les fœtus de poids supérieur à 4.500 grammes sont assez rares; on en trouve en moyenne 1 sur 172 naissances.

II. — Comme facteurs étiologiques semblent intervenir dans ce cas : l'hérédité paternelle ou maternelle, la parité, le sexe, l'âge (effectif ou seulement sexuel) de la mère.

III. — La grossesse se passe généralement bien; néanmoins la mention albuminurie ou hydramnios se retrouve dans nombre de cas.

Le diagnostic est à faire avec toutes les causes de développement excessif de l'abdomen, telles que grossesse gémellaire, hydramnios, etc. Le palper en est l'agent principal.

IV. — Au moment de l'accouchement, les difficultés sont provoquées par ordre de fréquence : d'abord par les épaules, dont le diamètre bisacromial est très élargi [c'est par là surtout que se traduit l'excès de volume de l'enfant], moins fréquemment par la tête, dont les dia-

mètres sont, d'ordinaire, facilement réductibles; plus rarement encore par les hanches.

Ces difficultés entraînent, comme conséquence, une durée plus longue du travail, par suite assez fréquemment de l'inertie utérine; il s'ensuit que les hémorragies post-partum sont une des complications les moins rares et les plus sérieuses de l'accouchement.

V. — Le pronostic est bénin pour la mère, mais plus réservé pour le fœtus.

VI. — Si la dystocie est causée par les dimensions exagérées de la tête, le forceps semble plus indiqué que la version, pour terminer heureusement l'accouchement.

La manœuvre de Jacquemier et les manœuvres similaires doivent être pratiquées au cas où ce sont les épaules dont le passage présente quelque difficulté.

Vu : le Président de la thèse,

POZZI

Vu : Le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD. — Bestimmungen der Grösse und des Alters der Frucht vor der Geburt. *Arch. f. Gynæk*, 1871, p. 355.
- ATTAIX. — Contribution à l'étude de l'accouchement des épaules dans la présentation céphalique.
- AUVARD. — Traité pratique d'accouchements, 4^e édit., 1898.
- BAILLY. — Dystocie par excès de volume du fœtus chez une femme bien conformée, etc... *Gaz. des hôpitaux*, 1883, p. 1132.
- BAR. — Leçons de pathologie obstétricale. Paris, 1900.
- BAUDELLOCQUE. — Principes sur l'art des accouchements, 1835.
- BEACH. — A giant birth. The child weighing twenty three and three quarter pounds (*Medical Record*, New-York, vol. XV, p. 271).
- BENNETT (J.-F.). — Note on a case of heavy fœtus (*Lancet*, 11 janvier 1896, p. 99).
- BONNAIRE. — De la réduction du volume des épaules dans l'accouchement dystocique.
- BROTHERS. — Report on a case of excessive fœtal development. *American journal of obstetric*, 1896, XXXIII, p. 258.
- BRECHIN. — Some facts regarding large infants. *Medical Record New-York*, 29 déc. 1883, p. 707.
- BUDIN. — De la tête du fœtus. *Thèse Paris*, 1876.
— *Thèse d'agrégation*, 1886.

- BUDIN. — Leçons cliniques obstétricales. Paris, 1889.
- BUDIN ET DEMELIN. — Précis d'obstétrique. Paris.
- BUÉ. — Grossesse et accouchement dans le cas de fœtus volumineux. *Presse méd.*, 3 sept. 1898.
- BURTON. — Système nouveau et complet de l'art des accouchements.
- CAZEAUX. — Traité de l'art des accouchements, 6^e édit., p. 196.
- CHALEIX. — Cas de dystocie par exagération du diamètre bisacromial. *Arch. de tocol. et de gynec.*, 1894, XXI, p. 270.
- CHARLES. — Traité d'accouchements, tome II, p. 159.
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements.
- COOPER. — A child of phenomenal size. *Kansas city medical Record*, 1889, VI, p. 179.
- CONSTANS. — Évaluation du volume du fœtus dans la cavité utérine. *Thèse Paris*, 1897.
- DE LA MOTTE. — Traité complet des accouchements, p. 223-762, édit. 1765.
- DALE. E. T. — A case of difficult labour from excessive development of the fœtus and rigidity of the vagina. *Transactions of the Medical Society of Arkansas*, 1875-1879, p. 77-79.
- DARDEL. — Évaluation du diamètre bipariétal pendant la vie intra-utérine, etc... *Thèse Paris*, 1898.
- DELÉPINE. — Dystocie par excès de volume physiologique du fœtus. Embryotomie. *Journal de sc. méd. de Lille*, 1905.
- DEMELIN. — Considérations sur le mécanisme de l'accouchement normal, in *Obstétrique* (mai 1903).
- DEPAUL. — Bulletin de thérapeutique, juillet-août, 1849.
- DESMONTILS. — *Thèse Bordeaux*, 1887.
- DIONIS. — Traité général des accouchements, 1718.
- DUBOIS. — Les gros enfants au point de vue obstétrical. *Thèse Paris*, 1897.
- DUDON. — Dystocie par excès de volume du fœtus. *Mémoires et bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1876. p. 278.

- EBERHARDT (de Cologne). — *Deutsche mediz. Wocheschrift*, n° 9, 1892.
- ECKART. — *Thèse de Strasbourg*, 25 pluviôse, an II.
- EDWARDS. — Baby weighing, 15 pounds, 15 ounces at birth, etc... *Virginia medical monthly Richmond*, 1888-1889, XV, p. 143-145.
- FRUHHINSHOLZ. — Art. « Dystocie » de la « Pratique médico-chirurgicale ».
- Dystocie des épaules dans les bassins normaux. *Rev. prat. d'obst. et de pédiatrie*. Paris 1906, 33-42.
- GARDIEN. — *Traité complet des accouchements et des maladies des filles et des femmes*, 1816.
- GARRIGUES. — Dystocia from anomaly of the foetal skull. N. Y. obstétrical society. *N. Y. medical Journal*, 1885, p. 173.
- GORDON. — Unusual weight of foetus at full term. *British medical journal*, 1884, I, p. 664.
- GRAETZER. — *Krankheiten des foetus*. Breslau, 1837.
- GUÉNIOT ET PIERRA. — Des hémorragies consécutives à l'expulsion des foetus volumineux. *Annales de la Société obstétricale de France*, 1904.
- VON HERFF. — *Arch. f. gynæk*, 1897, p. 542.
- HOCHWELKER. — *Thèse de Lyon*, 1898.
- HOHL. — *Journal d'accouchements et de maladies des femmes*. Tome XX, p. 92 et suiv.
- HOHL. — *Manuel des accouchements*. Leipzig, 1855.
- VON HOLLENKOELN. — *Centralblatt f. gynæk*. 1899, n° 20.
- JACQUEMIER. — Du volume exagéré du foetus considéré comme cause de dystocie. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 21 août 1857.
- Mémoire. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* VII, 1860, (volume de la poitrine et des épaules du foetus comme cause de dystocie).
- JACQUETT. — A case of difficult labor, the child weighing sixteen pounds. *Med. and. surg. Reporter Philadelphia*, 1858, XI, p. 571.
- JOULIN. — *Thèse d'agrégation*, 1863.

- JOULIN. — Traité de l'art des accouchements, 1867.
- KUSTNER. — In Müllers Handuch, p. 674. 1889.
- LEVRET. — Mémoire sur l'utilité du nouveau forceps courbe, p. 192.
- KNORR. — Sitzung der gesellsch. f. geburtsh. u. gynæk zu Berlin, 22 nov. 1895. *Zeitchr. f. geburtsh. u. gynæk.* XXXIV.
- LEGOU. — Quelques considérations sur le développement des fœtus, mensurations et pesées aux différents âges. Paris 1903.
- LEVRET. — Suite des observations sur les causes et les accidents de quelques accouchements laborieux, 1751.
- LEWIS. — A large baby. *Boston méd. and surg. journal*, 1888, vol. 119, p. 543.
- LUNEAU. — Observation d'hydramnios : dystocie causée par le volume excessif de l'enfant. *Mouvement médical*, 1877, n° 14, p. 210.
- MAGNE. — *Thèse de Paris*, 1896.
- MARXA. — Ueber die geburtshilflide Bedeutung der übermassigen Entwicklung neugeborener Kinder. *Thèse d'Erlangen*, 1893.
- MAX SWINEY. — Case of difficult labour owing to the large size of the fœtus... *Dublin medical Press*, 1849, XXI, p. 115. — 24 fév. 1849, Surgical Society of Ireland.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées (édit. 1721), chap XVIII, livre II.
- MAURICEAU. — Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes (29^e obs.).
- MOISNARD. — *Thèse de Paris*, 1903.
- MYERS. — A remarkably large fœtus. *The Boston med. surg. Journal*, 1879, vol. c. p. 138.
- ORTEGA. — Fœtus gigantesque. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1891, p. 484.
- OWENS. — *Lancet*, déc. 1838.
- PERRET. — Accouchement prématuré provoqué et symphyséotomie. *Thèse Paris*, 1894.

- PERRINS. — Extraordinary Birth. *Eclectic medical Journal Cincinnati*, 1878, XXXVIII, p. 501.
- PIERING. — Monatschr. f. geb. u. gynæk, 1899, Bd. X. H. 3, S. 303.
- PINARD. — Traité du palper abdominal.
— *Annales de gynécologie*, 1888, p. 161.
- PORTAL. — La pratique des accouchements. Paris, 1865, obs. L, p. 229.
- RACHEL ET NEUMER. — *N. Y. medical Journal* (1890-IX).
— *Centralblatt f. gynæg.*, 25 avril 1891, n° 17, p. 344.
- RIBEMONT-DESSAIGNE. — *Annales de gyn. et d'obst.*, 1886, p. 81 et 1887, p. 343.
- RIBEMONT-DESSAIGNE ET LEPAGE. — Précis d'obstétrique. Paris.
- ROBBINS. — Case of delivery of a child of enormous weight. *Transactions american med. association Philadelphia*, 1882.
- ROSENBERG. — Three case of excessive foetal development. *Med. Rec. New-York*, 1905, XXXIII, p. 231.
- SAINT-MARTIN. — Dystocie par excès de volume de la poitrine et des épaules, etc... *Thèse Paris*, 1901.
- SCHILLING. — Über Geburtsanomalien bei übermæssiger Grösse der Frucht. *Thèse de Leipzig*, 1867.
- SCHROEDER. — Lehrbuch für Geburtshilfe.
- SENEILLART. — Durée du travail dans ses rapports avec le poids de l'enfant et le terme de la grossesse chez les primipares. *Thèse Paris*, 1906.
- SILBERT (d'Aix). — *Moniteur des hôpitaux*, 1857, p. 1070.
- SIMPSON. — *Provincial medical Journal*, 1847.
— *Edinburgh med. and. surg. Journal*, 1844.
- SLAUGHTER. — Very large child at birth. Difficult delivery of hips. *Virginia medical monthly Richmond*, 1888-1889, XV, p. 179-181.
- SMELLIE. — Observations sur les accouchements, ou suite de la théorie et pratique de cet art. Trad. de Préville (1754).
- SPIEGELBERG. — Lehrbuch der Geburtshilfe, 1880, p. 522.

- STARK. — *Archives des accouchements*, II, p. 32.
- STOLTZ. — Art: *Dystocie* du « Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques ».
- Éviscération d'un fœtus monstrueux. *Gazette médicale de Strasbourg*, 22 mai 1857, p. 260.
- STRASSMANN. — *Arch. f. Gynæk*, 1897, p. 135.
- TARNIER ET BUDIN. — *Traité sur l'art des accouchements*.
- TRUMBULL. — A large haul. *Med. Record N. Y.* XXXV, p. 656.
- VARNIER. — *La pratique des accouchements*. Obstétrique journalière. Paris, 1900, p. 185.
- VELPEAU. — *Traité de l'art des accouchements*.
- VILPELLE. — *Thèse de Paris*, 1891.
- WALLER. — Case in which the delivery of a very large living child was effected by means of a long forceps. *Transactions of the obstétrical society. London*, 1859, p. 309, (7 déc.).
- WERNIG. — *Beitræge zu Geburtshilfe*.
- WINCKEL. — *Lehrbuch der Geburtshilfe*.
- *Recherches sur le poids des nouveau-nés*, 1862.
- WOODWARD. — A heavy fœtus. *Lancet* (London), 1895, p. 1477, 17 déc.
- WULFF. — *Berl. Klin. Woch.* 1878, n° 41.
- YONG P. — *Edinburg medical Journal*, 1883-1884, p. 269. 27 juin 1883.

